

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA UČITELJSKE STUDIJE
(Petrinja)

PREDMET: Problemi u ponašanju djece

DIPLOMSKI RAD

Ime i prezime pristupnika: Nikolina Bošnjak

TEMA DIPLOMSKOG RADA: Autistično dijete u primarnom obrazovanju

MENTOR: doc. dr. sc. Marina Đuranović

Petrinja, rujan 2017.

SADRŽAJ

SAŽETAK	1
SUMMARY	2
1. UVOD	3
2. POVIJESNI OSVRT	4
3. SUVREMENO STAJALIŠTE I DEFINIRANJE AUTIZMA.....	6
4. OBILJEŽJA AUTISTIČNE DJECE	7
4.1 Socijalno ponašanje	8
4.2 Govor i mišljenje	9
4.3 Psihomotorika i poremećaji percepcije	11
4.4 Stereotipije, ograničeni interesi i aktivnosti	12
4.5 Poremećaji prehrane	12
4.6 Strah.....	13
4.7 Agresija i autoagresija	13
4.8 Igra.....	14
4.9 Emocije i inteligencija.....	15
5. DIJAGNOSTIKA.....	17
6. POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA.....	20
6.1 Atipični autizam	21
6.2 Dezintegrativni poremećaj	22
6.3 Aspergerov poremećaj.....	23
6.4 Rettov poremećaj.....	25
7. ETIOLOGIJA.....	27
7.1 Utjecaji naslijeđa	28
7.2 Neurološki uzroci	29
7.3 Biokemijski uzroci	30
7.4 Poremećaji afektivnog razvoja	30

7.5 Poremećaji kognitivnih procesa	31
7.6 Interakcija	31
8. POSEBNE SPOSOBNOSTI OSOBA S AUTIZMOM	32
8.1 Glazbene sposobnosti	33
8.2 Pamćenje	33
8.3 Matematičke sposobnosti	33
8.4 Umjetnost	34
8.5 Pseudoverbalne sposobnosti.....	34
8.6 Ekstrasenzorna percepcija	34
8.7 Ostale sposobnosti.....	34
9. AUTIZAM I SENZORNA INTEGRACIJA.....	36
10. RANA INTERVENCIJA I POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA	39
11. MOGUĆI TRETMANI ZA AUTIZAM	41
11.1 Terapija.....	41
11.2 Odgojno-obrazovni tretmani	42
11.3 Bihevioralni tretmani.....	43
11.3.1 Primjenjena analiza ponašanja (ABA).....	44
11.4 Psihoterapija	46
11.5 Terapija lijekovima.....	46
11.6 Teacch program	47
11.7 Psihodinamska terapija.....	49
11.8 Likovna terapija.....	49
11.9 Terapija igrom	50
11.10 Kineziterapija	50
11.11 Razvojni pristup floortime.....	50
12. UKLJUČIVANJE AUTISTIČNOG UČENIKA U ODGOJNO-OBRAZOVNI PROCES.....	52

13. METODE I POSTUPCI U PODUČAVANJU DJECE S POREMEĆAJEM IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA	54
14. PRIMJER IZ PRAKSE	58
15. ZAKLJUČAK	63
16. PRILOZI	64
Prilog 1.	64
Prilog 2.	65
17. LITERATURA.....	66

SAŽETAK

Svakim danom sve se više rađa autistične djece. Autizam je neurobiološki poremećaj mozga koji potječe od grčke riječi *authos* što znači *sam*. Pripada skupini pervazivnih razvojnih poremećaja. Nažalost, ni danas se sa sigurnošću ne mogu utvrditi njegovi točni uzroci. To je vrlo složen poremećaj, a njegovi osnovni simptomi su: nedostatak socijalne interakcije, nedostatak verbalne i neverbalne komunikacije, osobito poremećaj u razvoju govora, bizarnost u ponašanju i stereotipije, smanjen repertoar aktivnosti i interesa. Prvi simptomi autizma najčešće se javljaju unutar prve tri godine i traju cijeli život. Autistična djeca nailaze na brojne teškoće u svom rastu i razvoju te im je za normalno, svakodnevno funkcioniranje potrebna pomoć odraslih. Također, kvalitetna i dobro osmišljena terapija od velike im je pomoći. Nekada su ovakva djeca bila izopćena iz društva, no danas to nije tako i ona se nastoje što kvalitetnije integrirati u društvenu zajednicu. Prvi korak integracije započinje u predškolskim ustanovama te se nastavlja i dalje tijekom cijelog školovanja.

Cilj ovog rada dodatno je senzibilizirati društvo za autističnu djecu. U radu će se prikazati i jedan primjer uspješne integracije u osnovnoškolsku ustanovu.

Ključne riječi: *autistično dijete, inkluzija, škola, terapija, učitelj.*

SUMMARY

Every day more autistic children are born. Autism is a neurobiological disorder of the brain which originates from the Greek word “authos” meaning it itself. It belongs to the group of pervasive developmental disorders. Unfortunately, even today, with certainty, it is not possible to determine its exact causes. It is a very complex disorder, and its basic symptoms are: lack of social interaction, Lack of verbal and nonverbal communication, Speech development disorder, Bizarre behavior and stereotypes, Reduced repertoire of activity and interest. The first symptoms of autism usually occur within the first three years and last for a lifetime. Autistic children encounter numerous difficulties in their growth and development and for their normal, daily functioning they need the help of adults. Also, quality and well-designed therapies are of great help to them. Sometimes such children were excluded from society, but today it is not so, and it strives to integrate more effectively into the community. The first step of integration begins in pre-school institutions and continues throughout the schooling.

The aim of this paper is to further sensitize the Society for Autistic Children. An example of successful integration into elementary school will be presented in this paper.

Keywords: autistic child, inclusion, school, therapy, teacher

1. UVOD

Autizam je neurobiološki poremećaj mozga koji potječe od grčke riječi *authos* što znači *sam*. Pripada skupini pervazivnih razvojnih poremećaja. Prvi simptomi autizma najčešće se javljaju unutar prve tri godine i traju cijeli život. Nikolić (1985) navodi da je autizam bolest koja počinje već u prvim mjesecima djetetova života nakon poroda, ali se manifestira prije tridesetog mjeseca života.

Pojavljuje se kod troje do četvero djece na 10 000. Autizam je poremećaj koji je učestaliji u dječaka nego u djevojčica. Simptomi autizma su raznoliki i individualno različiti, a mijenjaju se s razvojem (Nikolić, Marangunić i sur., 2004).

Prvi detaljniji opis autističnog poremećaja dao je Leo Kanner 1943. godine. Iako je prošlo dosta godina od kada se zna za autizam, ni danas se sa sigurnošću ne mogu utvrditi njegovi točni uzroci. Osnovni simptomi autističnog poremećaja su: nedostatak socijalne interakcije, nedostatak verbalne i neverbalne komunikacije, osobito poremećaj u razvoju govora, bizarnost u ponašanju i stereotipije, smanjen repertoar aktivnosti i interesa (Bujas Petković, Frey Škrinjar i sur., 2010). Autizam je jedan od simptoma shizofrenije.

Nikolić (2000) navodi da je osnovno obilježje autizma defektnost ličnosti što se odnosi na odstupanje djetetovih psihofizičkih sposobnosti od prosjeka djece te dobi. Također, navedeni autor kaže da je autistično dijete i deficitarno tj. nedovoljno razvijeno i hendikepirano. Autizam kao sindrom zahtjeva kliničku opservaciju kako bi bio dijagnosticiran. Rani dječji autizam se ubraja u sveobuhvatne razvojne poremećaje, tj. skupinu smetnji obilježenih oštećenja u recipročnim i socijalnim interakcijama i načinu komuniciranja te ograničenim, stereotipnim i ponavljajućim rasponom zanimanja i aktivnosti.

2. POVIJESNI OSVRT

Djeca koju danas označavamo kao autističnu, prije su bila poznata pod različitim imenima. Uzrok autističnog poremećaja bio je misterija. Informacije o autističnoj djeci dolazile su iz raznih zemalja kao što su Francuska, Njemačka, SAD, Indija (Nikolić, 1985).

Nikolić (2000) ističe da su početkom 19. stoljeća izolirani pojedini slučajevi vrlo male djece s teškim mentalnim poremećajima koji su uključivali i poremećaje u razvoju. Godine 1867. psihijatar H. Maudsley bio je prvi koji je skrenuo pažnju na ta pitanja i tek nakon toga su se slični slučajevi počeli prihvaćati kao dječja psihijatrijska stanja.

Godine 1799. francuski liječnik Jean-Marc Gaspard Itard napravio je promatranje o jednom divljem dječaku koji se zvao Victor. To je prvi slučaj autizma prikazan u znanstvenoj literaturi. Victor je bio dječak iz Aveyrona kojeg su roditelji odbacili. Pronađen je u šumi u južnoj Francuskoj i doveden u civilizaciju. Kad je liječnik Itard prvi put vidio Victora bio je vrlo bijednog izgleda, sumoran i zapušten dječak koji je imao između 10 i 11 godina Victor je najvjerojatnije imao autistični poremećaj od rođenja. Medicinskom terminologijom onog vremena rečeno je da se radi o disharmoničnom razvoju osjetnog aparata koji bi korektnom stimulacijom okoline mogao ponovno uspostaviti harmonično funkcioniranje. Victor nikada nije bio sposoban naučiti govoriti i umro je u dobi od 40 godina (Nikolić, 1985).

Remschmidt (2009) navodi da je pojam autizam 1911. godine razvio švicarski psihijatar Eugen Bleuler. Pojam je opisao kao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije.

Prihvaćajući pojam švicarskog psihijatra E. Bleulera američki dječji psihijatar Leo Kanner opisuje autistični poremećaj u djece. Godine 1943. objavljuje članak pod nazivom „Autistični poremećaji afektivnih veza“. U članku je opisao 11 mladih pacijenata koji su živjeli u vlastitim svjetovima i ignorirali ljude oko sebe, pa čak i vlastite roditelje.

Mogli su satima zabavljati sami sebe mašući rukama ispred lica, ali uspaničarili bi se zbog sitnica poput premještanja omiljene im igračke s uobičajenog mjesta bez njihova znanja (https://www.ted.com/talks/steve_silberman_the_forgotten_history_of_autism/transcript?language=hr). Leo Kanner je zajednička obilježja sažeo na sljedeći način:

„Izraziti osnovni patognomični poremećaj jest od rođenja postojeća nemogućnost uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama. Roditelji predstavljaju tu djecu i opisuju da su 'sama sebi dovoljna', žive kao u nekoj školjci', 'najsretnija su kad ih se ostavi na miru', 'ponašaju se kao da nitko nije prisutan', 'ne obraćaju pažnju na okruženje', 'pružaju dojam tihe mudrosti', 'nisu u mogućnosti pokazati normalnu razinu socijalne osjetljivosti', 'ponašaju se kao da su hipnotizirana'. Pritom se ne radi kao kod shizofrene djece ili odraslih o povlačenju iz postojećih veza ili prije postojeće komunikacije. Štoviše, radi se od početka u autističnom biti sam koje sve što izvana djeluje na dijete, ono ne opaža, ignorira i isključuje.“ (Remschmidt, 2009, str. 9, 10).

Djeca su izgledala tjelesno zdrava, ali su pokazivala karakteristične smetnje komunikacije i govora. Poremećaj je nazvao infantilnim autizmom. To jedanaestero djece potjecalo je iz viših društvenih slojeva. Kanner je pretpostavio da je urođena nesposobnost razvijanja komunikacije rezultat hladnog i odbijajućeg držanja majke prema djetetu. Dvoje opisane djece u pubertetu je dobilo epileptične napadaje, a kod troje su uočeni blaži neurološki ispadi. Na osnovi toga psihogeni uzročni čimbenici mogli su biti isključeni (Bujas Petković i sur., 2010).

Njemački psihijatar Hans Asperger ne znajući za Kanneru, 1944. godine opisuje sindrom kojemu daje naziv „autistična psihopatija“. To je poremećaj prema današnjim dijagnostičkim kriterijima vrlo sličan infantilnom autizmu. B. Rank 1955. godine uvodi u dječju psihijatriju naziv „atipično dijete“, „atipična psihoza“, ili „atipični razvoj“ za rane poremećaje i psihotična stanja koja imaju obilježja infantilog autizma. (Bujas Petković i sur., 2010).

Kannerovo otkriće označilo je početak znanstvenog medicinskog interesa za studij i liječenje autizma. Također njegova su istraživanja dovela do novih značajnih spoznaja koje su se odrazile na novu definiciju autizma, njegovu dijagnostičku evaluaciju i liječenje (Nikolić, 1996).

3. SUVREMENO STAJALIŠTE I DEFINIRANJE AUTIZMA

Naziv autizam odnosi se na niz poremećaja u kojima psihičke funkcije djeteta nisu duboko zahvaćene. Dijagnoza se postavlja uz pomoć dijagnostičkih kriterija prema aktualnim priručnicima (Bujas Petković i sur., 2010). DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) je zadnje izdanje koje je izašlo 2013. godine. Izlaskom petog izdanja promjenile su se stvari vezane uz klasificiranje šifre F84., odnosno poremećaja iz autističnog spektra (<https://autizamsite.wordpress.com/tag/dsm-prirucnik/>). Riječ je o poremećajima rane dječje dobi, koji se pojavljuju nakon rođenja ili unutar prve tri godine života. Poremećaji zahvaćaju sve psihičke funkcije: mišljenje, emocije i inteligenciju (Bujas Petković i sur., 2010)

Zbog različitih pretpostavki o etiologiji pervazivnih razvojnih poremećaja, ali i zbog njihove specifične prirode i nedostataka pouzdanih kriterija za dijagnostiku, sve psihijatrijske klasifikacije imaju kao osnovu kliničku sliku, a ne uzroke. Termin što ga je prije više od dvadeset godina uvela psihijatrica Lorna Wing, ne rabi se u vrijedećim klasifikacijama, a obuhvaća pervazivne razvojne poremećaje, tj. niz psihijatrijskih poremećaja rane dječje dobi obilježenih velikim abnormalnostima u socijalnim interakcijama, komunikaciji i motoričkim aktivnostima (Bujas Petković i sur., 2010).

Klinička slika autizma opisuje se u tri skupine simptoma, a to su: poremećaj komunikacije, socijalne interakcije i stereotipije. Autistični spektar je etiološki raznolika skupina poremećaja koju povezuju slična klinička slika (Bujas Petković i sur., 2010).

4. OBILJEŽJA AUTISTIČNE DJECE

Bruno Bettelheim (1967, prema Bujas Petković i sur., 2010) smatrao je da je dijete s autizmom osiromašeno iznutra i zatvoreno u školjci zbog vanjskih negativnih utjecaja. On ga uspoređuje s „praznom utvrdom“, a kao glavni uzrok smatra roditelje. To je sve opovrgnuto. Iako nije dokazano, različiti uzroci su organski i genski određeni.

Prema Kanneru (1943, prema Bujas Petković i sur., 2010) osnovna obilježja autizma su:

- Nemogućnost djeteta da uspostavi normalne kontakte s ljudima;
- Zakašnjeli razvoj i uporaba govora na nekomunikativan način;
- Ponavljajuće i stereotipne igre i opsesivno inzistiranje na poštovanju određenog reda;
- Dobro mehaničko pamćenje i nedostatak mašte;
- Normalan tjelesni izgled.

Nikolić (2000) kao rane znakove autističnog poremećaja navodi:

- Vrlo rani poremećaj prehrane, kao što je dojenačka anoreksija ili odbijanje dojke ili flašice, nemiran san s autoagresivnim pokretima ili mirna nesanica bez plača i vriska uz otvorene oči;
- Odsutnost prvih organizatora psihe kao što su smijeh trećeg mjeseca i anksioznost osmog mjeseca;
- Smanjen interes za igračke ili posebno naglašen interes za igre ruku pred očima;
- Postojanje raznih i jakih fobičkih anksioznosti koje su slabo organizirane, u smislu veće raspršenosti elemenata iracionalne plašljivosti;
- Neinvesticija dijadnog odnosa od strane djeteta.

Nadalje, Nikolić (2000) navodi da su autistična djeca na više načina hendikepirana. Ona pokazuju značajna oštećenja u kognitivnom, govornom, socijalnom razvoju i razvoju ponašanja. Neka autistična djeca su izuzetno mirna, satima mogu stajati u mjestu, ne reagiraju na zvukove, pozive i ostale podražaje iz okoline. Također, druga djeca mogu biti nemirna, stalno u pokretu. Kada stoje na

jednom mjestu mašu rukama, nogama, poskakuju u mjestu, izvode pokrete prstima i sl. Kod autističnih adolescenata primijećeno je da se povećava stopa epilepsije i novih slučajeva konvulzije.

Česte autistične stereotipije koje se mogu uočiti su: neprekidno hodanje naprijed i natrag, beskrajna vrtnja u mjestu, neprekidno lamatanje nekim predmetom ili neprekidno okretanje nekog predmeta. Unatoč manjku socijaliziranosti i zadržavanju infantilnog ponašnja, autisti često raspolažu visoko razvijenom inteligencijom. Uglavnom se radi o nadarenosti za pojedina područja, npr. kod matematike sposobnost pamćenja (Sellin, 1998).

4.1 Socijalno ponašanje

U svojem prvom opisu infantilnog autizma Kanner je naglasio da je kod djece s autizmom osnovni poremećaj urođena nesposobnost da na normalan način uspostave odnose s ljudima i stvarima. Jačina simptoma ovisi od djeteta do djeteta, ovisi i o dobi, inteligenciji, spolu i neurološkom statusu. Roditelji uglavnom rano uočavaju djetetovo čudno ponašanje i osamljivanje. Neka djeca izbjegavaju tjelesne kontakte, a neka uživaju u škakljanju (Bujas Petković i sur., 2010).

Poremećaj socijalnog ponašanja i odnosa prema okolini je bitno obilježje autističnog poremećaja. Smatra se da autistična djeca pokazuju nedostatak empatije. Emocije što ih izražavaju druge osobe, kod osoba s poremećajem autizma ne izazivaju normalni emocijski odgovor. Često se čini da autistična djeca ne trebaju osobe oko sebe, prijatelje u igri ili odrasle koji će odgovarati na njihovu znatiželju (Nikolić, 2000).

Socijalni proces koji „normalan čovjek“ prolazi nesvjesno i automatski, za autiste je zakočen, jer nisu u mogućnosti preraditi informacije iz vanjskog svijeta. Okolina im se zato čini stranom i prijetećom. Autistična djeca svoju okolinu istražuju ekstremno polako i samo unutar strogo ograničenog kruga (Sellin, 1998).

Jačina i trajanje socijalnog hendikepa ovisi o djetetovim intelektualnim i govornim sposobnostima. Djeca višega intelektualnog funkcioniranja i djeca koja imaju bolje razvijen govor i razumijevanje lakše se socijalno adaptiraju. Dijete često

ne razumije socijalnu situaciju nego je svjesno odbija. U određenim situacijama, za njega nerazumljivim, socijalna situacija postaje frustracija na koju reagira na neprimjeren način (Bujas Petković i sur., 2010).

4.2 Govor i mišljenje

Govor je simbolizirani koncept ljudske komunikacije, a razvija se u ekspresivnom i receptivnom obliku. Govor i jezik sastavni su dijelovi procesa međuljudske komunikacije koji mogu slabije funkcionirati u raznim poremećajima pa tako i u autizmu. Svi sastavni procesi trebaju savršeno funkcionirati da bi komunikacija bila uspješna. Djeca s autizmom sniženih intelektualnih sposobnosti i ona prosječne inteligencije imaju velike teškoće u razumijevanju i teže razumiju apstraktne pojmove te pojmove za koje je potrebna generalizacija (Bujas Petković i sur., 2010).

Manjkav govor, zakašnjeni govor ili njegov potpuni izostanak mogu biti znakovi autističnog poremećaja. Govorne abnormalnosti važna su značajka infantilnog autizma. Ako se govor i pojavi, on pokazuje višestruke abnormalnosti. Autistična djeca imaju oštećen „nutarnji govor“, te upotrebu i razumijevanje gestovnog govora u njegovoj socijalnoj upotrebi. Autistično dijete može stvarati nove riječi, pogrešno upotrebljavati riječi ili ponavljati neke riječi. Ponekad se autistično dijete čini kao da je gluho, a razlog tomu je što ne reagira kad ga se doziva ili kad mu se netko obrati. Kod autističnog poremećaja se skoro nikada ne radi o stvarnoj gluhoći, već o problemu shvaćanja slušnih podražaja. To se naziva poremećaj u centralnoj organizaciji slušnih podražaja, a objašnjava se kao nerazumijevanje tuđeg govora na nivou središnjeg živčanog sustava. Dijete dobro prima podražaj, ali dijelovi mozga koji ga trebaju prihvatiti ne funkcioniraju i zbog toga dijete nije sposobno shvatiti smisao zvukovnih poruka. To dovodi do anksioznosti djeteta, straha, neraspoloženja, nemoći i dijete može reagirati na različite načine od povlačenja do agresije i autoagresije. Govor autistične djece je specifičan i izdvaja autističnu djecu od drugih psihičkih i govornih poremećaja (Nikolić, 2000).

Bujas Petković i suradnici (2010) navode da djeca urednog razvoja govor počinju razvijati potkraj prve godine. Majka i druge osobe iz okoline shvaćaju djetetove poruke i odgovaraju na djetetu razumljiv način. Smatra se da dijete krajem prve godine ima razvijene početke unutarnjega i ekspresivnoga govora. Kod djece s autizmom ti su procesi poremećeni od najranije dobi.

Nadalje, Nikolić i suradnici (2004) navode da autistična djeca pokazuju nedostatke komuniciranja i prije dobi u kojoj se obično usvaja govor. Do druge godine života, djeca koja se normalno razvijaju koriste se riječima i stvaraju rečenice, dok se autistična djeca u tome jako razlikuju.

Govor autistične djece je oskudan, djeca se njime rijetko služe iako znaju govoriti, a koriste ga isključivo za izražavanje svojih potreba ili želja. Autistična djeca govore u drugom ili trećem licu, oslovljavaju se vlastitim imenom ili zamjenicom u drugom ili trećem licu. Ona zapravo ponavljaju riječi ili rečenice koje su ranije čuli, ali ne odgovaraju na pitanja. Često ne žele čuti ono što im se govori ili se ponašaju kao da su gluha. Govor autistične djece razlikuje se od govora gluhe i gluhonijeme djece, kao i djece s drugim psihičkim i govornim poremećajima. Kod autistične djece osim što je poremećen govor, poremećena je i neverbalna komunikacija. Takva djeca ne shvaćaju geste i mimike drugih ljudi i ne razumiju ili slabo razumiju tuđi govor. Ako dijete s poremećajem autizma nešto želi ili treba, umjesto da to izrekne ono će radije pokazati gestom što želi ili odvesti njemu blisku osobu na određeno mjesto. Kada se želi izraziti verbalno, to čini s jednom ili dvije riječi. Česta je pojava da djetetov govor nakon pojave bolesti postaje nerazumljiv i u sadržajnom i formalnom smislu (Nikolić, 2000).

Rutter (1965, prema Bujas Petković i sur., 2010) navodi da sva djeca s autizmom imaju ozbiljne poremećaje govora i jezika. Govor u djece s autizmom razvijen je ispod njihove opće inteligencije. Djeca s autizmom imaju teškoća s usvajanjem apstraktnih pojmova i generalizacijom, što dodatno otežava komunikaciju. Poremećaji govora jedni su od najčešćih obilježja autističnog poremećaja. Ako dijete s autizmom ima spontani govor, on gramatički nije ispravan i nije primjeren dobi djeteta. Govor je stereotipan, načinjen od gotovih formula s neologizmima i upotrebljava se potpuno izvan konteksta. Osim u sadržaju, govor je poremećen i u ritmu, visini, intonaciji i naglasku, a rečenice su nepotpune i

siromašne informacijama. Kod djece s autizmom treba odjeliti spontani govor, koji znači komunikaciju i eholalični govor, koji je samo kopija riječi koje je netko izrekao. Dijete s autizmom treba učiti konkretnim pokazivanjem koje ne smije biti složeno, a razlog je jer ono ima velike teškoće s učenjem verbalne i neverbalne komunikacije. Mimika i gesta kao način komuniciranja kod djece s autizmom se ne razvija. Mnogi od njih svoje potrebe izražavaju plačem, krikovima ili neadekvatnim oblicima komunikacije.

4.3 Psihomotorika i poremećaji percepcije

Autistična djeca opisuju se kao izuzetno spretna. Prohodaju u prosjeku ili ranije od prosjeka, brzi su i okretni. Fina motorika i grafomotorika slabije su razvijene, no moguće je da se radi o slaboj koncentraciji i zainteresiranosti djeteta. Autistična djeca hodaju na prstima i pritom izvode čudne pokrete rukama i nogama. Stereotipni pokreti, koji su neobični i koji se stalno ponavljaju karakteristični su za autistični poremećaj. Ti pokreti mogu se ponavljati mjesecima i godinama pogotovo ako se autističnoj djeci ta aktivnost brani. Ustrajnost u zabrani kod djeteta može izazvati strah i uznemirenost (Nikolić, 2000).

Osim neuroloških ispada, imamo i poremećaje percepcije kao ključne simptome autizma, osobito poremećaje centralne organizacije slušnih osjeta, osjeta dodira i vestibularnih osjeta. Uočeno je da su autistična djeca vrlo osjetljiva na zvukove, burno reagiraju zatvarajući rukama uši ili izražavaju naglašene simptome straha. Djeca s autizmom pokazuju abnormalne vestibularne reakcije kao što su: vrtnja bez vrtoglavice, stalno njihanje, itd. Osim abnormalnih vestibularnih reakcija, u djece s autizmom poznato je i abnormalno držanje tijela, bizarni pokreti tijela, okretanje bez vrtoglavice (Bujas Petković i sur., 2010).

Goldfrab (1976, prema Bujas Petković i sur., 2010) navodi da je analizirao odgovore roditelja 74 djece s autizmom o ponašanju djeteta u prve dvije godine života, kada poremećaj još nije dijagnosticiran. Velik broj roditelja je rekao da su djeca ili ignorirala podražaje ili prejakom odgovarala na podražaje. Paradoksalna reakcija na podražaje vidi se u tome što autistična djeca na jake zvučne podražaje zatvaraju oči, a na jake vidne podražaje uši. Objašnjenje tih reakcija leži u tome da

na neki način dolazi do poremećaja centralne organizacije različitih osjeta, a to je bitan simptom autističnog poremećaja.

4.4 Stereotipije, ograničeni interesi i aktivnosti

Sellin (1998) je smatrao da su uz potpunu nezainteresiranost stereotipije najočitiji znak autističnog stanja. Njihovo besmisleno ponašanje često se interpretira i pripisuje kao izraz istog stupnja inteligencije, no to besmisleno ponašanje predstavlja posebnu vrstu prilagođavanja.

Kanner (1943, prema Bujas Petković i sur., 2010) navodi da je inzistiranje na jednoličnosti jedan od bitnih simptoma autističnog poremećaja te da je to specifičnost tog poremećaja. Ako se dijete prilikom neke radnje sprečava, ono se uznemiri, opire i negoduje. Ti se simptomi ponekad mogu vidjeti i u zdrave djece, ali i u djece s intelektualnim oštećenjem, ali ne u tolikoj mjeri.

Klinička slika autizma razlikuje ga od drugih sličnih poremećaja i poremećaja koji zahvaća uporabu ekspresivnoga govora uz popratne smetnje ponašanja, bizarnosti, stereotipije i negativizma. Jedan od glavnih problema je nesposobnost jezičnih simbola, uz teškoće neverbalne komunikacije i generalizacije, ali i poremećaj socijalnih aktivnosti uz kognitivni deficit (Bujas Petković i sur., 2010).

4.5 Poremećaji prehrane

Poremećaji prehrane česti su simptomi kod autistične djece. Dijete odbija hranu, jede samo određenu vrstu hrane, izbirljivo je, jede neuredno unatoč upozorenjima, bira po boji a ne po okusu. Promjene u ponašanju postaju uočljivije kako dijete odrasta, a ponašanje se razlikuje od ponašanja djece njegove dobi (Nikolić, 2000).

4.6 Strah

Nikolić (1985) navodi da je strah osjećaj tjeskobe ili vrlo intenzivne plašnje doživljen u prisutnosti neke opasnosti ili pomisli na nju. Strah se može pokazivati u obliku naglih i nediferenciranih reakcija što proizlaze iz dubine ličnosti. To su uglavnom razni nagli pokreti kao npr. gubitak oslonca koji postaju izvorom straha za malo djeteta.

Autistična djeca ne mogu interpretirati ponašanja iz svoje okoline, jer za to nemaju razvijen smisao. Okolina im se zato čini prijetećom i stranom. Veliki broj autista osjeti paničan strah čim se u njihovoj sredini događaju promjene koje oni ne mogu razumijeti (Sellin, 1998).

Strah je temeljna i univerzalna emocija svakog živog bića. Strahovi odraslog čovjeka i djeteta različiti su jer imaju različita znanja i iskustva. Rastom i razvojem djeteta gube se nerealni strahovi, a ostaje realni strah. Osim psihičke nelagode strah izaziva i fiziološke promjene u organizmu. Autistično dijete, još više nego zdravo, osjeća strah koji dolazi iznutra i izvana te se odražava na njegovo ponašanje. Osnovni poremećaj autistične djece je poremećaj komunikacije s vanjskim svijetom. Iako autistično dijete ima očuvane periferne receptore za vid, sluh, dodir, drugačije prima te osjete nego zdravo dijete. Autistična djeca su često preosjetljiva na podražaje. Iako strah ponekad potječe iz konkretnih situacija koje su djetetu neugodne, mi izvor tog straha ne možemo otkriti nego samo vidimo njegove fiziološke učinke. Strah je stalni pratilac autistične djece. Autistična djeca intenzivno osjećaju strah, a njegovi su fiziološki učinci očiti što se može vidjeti kroz: znojenje, bljedilo kože, drhtanje tijela, ubrzano disanje, lupanje srca. Prilikom djelovanja straha, dijete vrišti, traži zaštitu, panično odbija kontakt, bježi besciljno. Autistična djeca se ponavljanjem nekih radnji brane od strahova koji su intenzivniji i traju dulje nego kod zdrave djece (Nikolić, 2000).

4.7 Agresija i autoagresija

Kako objašnjava Nikolić (2000) agresija je oblik ponašanja ljudi i životinja, s namjerom da se u određenim situacijama reagira napadom. U blagom obliku, takvo ponašanje je potrebno za očuvanje integriteta jedinke. Agresivnost je univerzalna

pojava kod svih životinjskih vrsta, a razlog takvog ponašanja je očuvanje vrste. Ljudi su jako agresivna vrsta, što nam kroz povijest pokazuju razni ratovi. U određenim razdobljima života, dijete je agresivno, a to je iz razloga što ono reagira agresivno u frustracionim situacijama.

Oblici ponašanja vjerovatno biološki uvjetovani su agresija i autoagresija. Autistično dijete može biti agresivno prema roditeljima, terapeutima, odgajateljima, a najveći oblik agresije autističnog djeteta je agresija usmjerena prema samom sebi i to se zove autoagresija. Prilikom autoagresije dijete se udara, grize do krvi, a da pritom ne osjeća bol, a sve iz razloga što je kod autistične djece prag boli povišen. Takvim agresivnim ponašanjem dijete često dolazi do cilja. Agresija i autoagresija predmet su farmakoterapijskog tretmana, iako mogu biti vrlo otporne na terapiju. Autistična djeca nisu sposobna kontrolirati svoje nagone te na neprimjeren način agresijom to pokušavaju riješiti. Agresivno ponašanje kod autistične djece dijelom je biološki uvjetovano, a dijelom naučeni oblik ponašanja uz pomoć kojeg dolazi do cilja (Nikolić, 2000).

4.8 Igra

Ne postoji niti jedno dijete na svijetu koje ne voli igru. Dijete se počinje igrati od rođenja, gleda lice majke, osoba koje ga okružuju, svoje ruke, smiješi se i veseli. Djeca kroz igru uče (Nikolić, 2000).

Autistična djeca se igraju na svoj čudan i neobičan način. Oni se u prostoriji mogu igrati sami sa sobom, a da se pritom ne pokušavaju približiti jedni drugima, kao da se ne primjećuju. Dva autistična djeteta mogu danima i satima stajati jako blizu jedno drugoga, a da se i ne primjete. Prilikom igranja, autistična djeca se igraju vlastitim rukama, pomiču ruke i prste ispred svoga lica. Kada se autistična djeca igraju, uvijek se igraju na isti način. Tako će npr. kada se igraju rukama, ruke uvijek jednako okretati, približavati i udaljavati od lica. Dijete predmete upoznaje tako da ih njuška, liže, miriše. Složenijih igara kod autistične djece nema, jer oni ne mogu zamisliti situacije koje su uobičajene u igrama. Autistična djeca koja imaju veće intelektualne sposobnosti, mogu razviti viši nivo igre na poticaj i s odraslima. Ponekad se autistična djeca mogu kreativno igrati sa zdravom djecom. U takvim

situacijama zdravo dijete može imati dobar utjecaj na autistično dijete. Autistično dijete kao i svako drugo dijete kroz igru uči, veseli se i obogaćuje (Nikolić, 2000).

Često se čini da autistična djeca ignoriraju svoju vizualnu okolinu. Oni gledaju kroz ljude i izbjegavaju pogled očima. Također često ne obraćaju pažnju na igračke, ali ponekad njihov mozak odluči da pridaju dugu i pomnu pažnju nekom detalju (Ayres, 2002).

Kod djece s autizmom smanjena je sposobnost imitacije, pa su njihove igre nemaštovite. Autistična djeca se igračkama koriste na neadekvatan način, tako što igračke vežu za određene predmete koje neprestano nose sa sobom, iako im je potpuno strana njihova upotreba (Bujas Petković i sur., 2010).

4.9 Emocije i inteligencija

Djeca s autizmom kao da su već u dojenačkoj dobi dovoljna sama sebi. Ona rijetko kada pokazuju emocije na neverbalne znakove. No međutim, djeca s autizmom reagiraju, ali na drugačiji način od uobičajenoga. Kada pokazuju emocije, one nisu u skladu sa situacijom, izražavaju ih na bizaran način koji nije primjeren njihovoj dobi. Njihove reakcije uglavnom nisu izazvane vanjskim okolnostima, nego dolaze iz njihove unutrašnjosti (Bujas Petković i sur., 2010).

U početku se smatralo da je autizam emocionalni poremećaj i reakcija djeteta na postupke roditelja. Autistično dijete nije emocionalno hladno, ono ima emocije i reagira na emocije. Pravi problem je zapravo u tome što dijete ne prepoznaje tuđe emocije i ono iz tog razloga ne može na njih odgovoriti. Ljubav i privrženost druge osobe autistično dijete ne odbija. Autistična djeca često traže kontakte s drugim osobama ali često na neprimjeren način što druge osobe ne razumiju. Kada uspiju uspostaviti kontakt oni postaju zadovoljni. Kao i svako drugo dijete i autistična djeca osjećaju i emocionalno su vrlo često povezana s majkom. Čak su autistična djeca znatno duže povezana, jer oni dugo ostaju na nivou malog djeteta i majčina pomoć im je potrebna. Iako se autistična djeca ne igraju s drugom djecom u skupini u kojoj borave, oni osjećaju promjene i na njih burno reagiraju (Nikolić, 2000).

Nikolić (2000) navodi da je intelektualno funkcioniranje autistične djece različito i kreće se od prosječnih do lako i teško retardiranih. Brojna istraživanja su dokazala da su većina autistične djece mentalno retardirana. Autistična djeca izgledaju kao i sva druga djeca, nemaju tjelesnih oznaka bolesti. No međutim, njihova inteligencija je u većini slučajeva znatno oštećena. Neka autistična djeca mogu biti prosječno ili natprosječno inteligentna. Također, autistične osobe ponekad mogu razviti i posebne talentne u nekim područjima kao što su: glazba, slikarstvo, matematika, kiparstvo, pamćenje i dr.

5. DIJAGNOSTIKA

Dijagnostički rad za cilj ima određivanje eventualne etiologije, određivanje postojećih mogućnosti, određivanje stupnja oštećenja i određivanje potencijalnih sposobnosti djeteta. Osim procjene kliničkih simptoma dijagnostika obuhvaća i sljedeće:

- neurološko psihijatrijski postupak,
- genetsko ispitivanje,
- somatski status,
- ispitivanje očnog statusa,
- audiološko ispitivanje,
- ispitivanje likvora,
- ispitivanje dermatoglifa. (Nikolić, 2000)

U dijagnosticiranju sudjeluju psihijatar, psiholog, defektolog. Pri pregledu se promatra ponašanje djeteta, tj. njegovo odsutstvo stereotipnih gesta, samopovrijeđivanje, prisustvo verbalnog i gestovnog govora, djetetova mogućnost za igru, imitaciju i socijalnu interakciju. Za bolju dijagnostiku važno je znati kada su se javili prvi simptomi i njegov daljni razvoj. (Nikolić, 2000)

Remschmidt (2009) navodi da se dijagnoza autističnog poremećaja postavlja na osnovi promatranja djeteta i anneze u različitim situacijama. Kao osnova uzimaju se dijagnostički kriteriji dvaju klasifikacijskih sustava psihičkih poremećaja, a to su MKB-10 i DSM-V. Ta dva klasifikacijska sustava se primjenjuju u svijetu. Klasifikacijski sustav MKB-10 naglašava četiri obilježja, a to su:

- kvalitativno oštećene uzajamne socijalne aktivnosti,
- kvalitativno oštećena komunikacija,
- ograničeni interesi i stereotipski obrasci ponašanja,
- početak prije treće godine života.

MKB-10 uz navedena obilježja navodi još neka nespecifična obilježja kao što su: strahovi, fobije, poremećaji spavanja i hranjenja, ispadi bijesa, samoozljeđivanje, agresivna ponašanja. Prilikom promatranja djece s autističnim poremećajem, u skladu s kriterijima klasifikacijskih sustava, najuočljivija su tri oblika ponašanja:

- ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta,
- grčevita povezanost s poznatim (strah od promjene),
- posebno osebujan govorni jezik (Remschmidt, 2009).

DSM-V stvara 3 razine poremećaja, s obzirom na stupanj u kojem ometaju svakodnevno funkcioniranje, odnosno koliko su spektar i problemi sa spektra izraženi. Za postavljanje dijagnoze F84 (PAS), postoje dvije skupne simptoma koje se procjenjuju. Prva skupina simptoma se odnosi na odstupanja u području socijalne komunikacije, a tu spadaju:

- Deficit u socio-emocionalnoj recipročnosti
- Deficit u neverbalnoj komunikaciji i ponašanju
- Deficit u razvoju, održavanju i razumijevanju odnosa

Druga skupina simptoma se odnosi na bihevioralne pokazatelje, a tu spadaju

- Stereotipna ili repetitivna ponašanja (motorički ili govorna)
- Rutine i ritualna ponašanja (nefleksibilnost)
- Usko specifični interesi s intenzivnim fokusom pažnje
- Senzorna hiper/hipo osjetljivost

(<https://autizamsite.wordpress.com/?s=dsm+v&search=Idi>)

Dodatna pomoćna sredstva su standardizirani intervjui s roditeljima ili drugim osobama koje su važne za dijete, skale za procjenu ponašanja koje omogućuju točnije zahvaćanje pojedinih osobitosti ponašanja i njihove klasifikacije. U anamnezi roditelji često izvještavaju o teškoćama tijekom trudnoće, komplikacijama tijekom porođaja, razvoju tijekom prvih šest mjeseci (Remschmidt, 2009).

Teško je stvoriti idealan klasifikacijski sustav. Dijagnosticirati autizam znači odrediti skup simptoma koji ga dijele od drugih sličnih poremećaja. Zbog nepoznate etiologije dijagnoza autističnog poremećaja se postavlja na temelju kliničke slike i anamnestičkih podataka uz temeljito psihološko testiranje. Ako se autizam utvrdi, u praksi se postavlja više dijagnoza od kojih neke mogu biti etiološke, a neke kliničke. Klinička slika i simptomi autizma mijenjaju se s dobi i te dobne promjene u poremećaju kompliciraju specifičnost dijagnostičkih kriterija. Simptomi koje zapaze roditelji u praksi se često razlikuju od stvarnog početka bolesti. Većina dobrih

klasifikacijskih sustava mora imati terapijsku, prognostičku, komunikativno-heurističku, simptomatološku, etiološko-patološku i preventivnu svrhu. Često iste kliničke dijagnoze daju sasvim različitu sliku. Iako su sve pretpostavke dokazane i istinite nijedna samostalno ne može objasniti poremećaj. Kod autističnog poremećaja teško je precizno odrediti simptomatologiju i odvojiti taj sindrom od drugih sličnih sindroma (Bujas Petković i sur., 2010).

Nikolić (1985) navodi da se dijagnostičko označivanje danas provodi prema onim crtama koje su zajedničke autističnoj djeci. Te zajedničke crte ne mogu vrijediti umjesto individualnih karakteristika i ponašanja specifičnog za pojedino dijete ili samo za neke od njih. Jedinstvene karakteristike moraju se procjenjivati individualno kako bi se mogao formulirati i predviđati terapijski program za svako pojedino dijete.

6. POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Cepanec (2015) navodi da poremećaje iz autističnog spektra (PAS) obilježavaju odstupanja u socijalnoj komunikaciji i interakciji, te atipičnosti u obilježjima općeg ponašanja i interesa. Poremećaji autističnog spektra poznati su još i pod nazivom pervazivni razvojni poremećaji. Termin “*pervazivni*” dolazi od latinskog glagola *pervadere* koji znači prožimati.

Pervazivni razvojni poremećaji pripadaju poremećajima rane dječje dobi. Kod tih poremećaja specifična su odstupanja na tri područja razvoja: međusobnim društvenim interakcijama, u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji uz ograničene, ponavljajuće i stereotipne obrasce ponašanja i interesa i aktivnosti (Bujas Petković i Frey Škrinjar, 2010).

Poremećaji autističnog spektra kako zahvaćaju sastavne dijelove, tako zahvaćaju i dijelove orkestralnog dirigenta. Neka su djeca s teškoćama autističnog spektra proglašena mentalno retardiranima, jer su mnoge sastavne vještine znatno oštećene (Greenspan, Wieder i Simons, 2003).

Glavni predstavnik poremećaja iz autističnog spektra je autistični poremećaj. Različite klasifikacije donose različita gledišta o problemu, a uzroci poremećaja i dalje su nepoznati. Osamdesetih godina 20. st. Lorna Wing uvodi naziv autistični kontinuum ili autistični spektar za razvojne poremećaje koji obuhvaćaju skoro sve psihičke funkcije, a pojavljuju se u ranoj dječjoj dobi. MKB-10 (*Deseta međunarodna klasifikacija bolesti*) pod šifrom F84 opisuje pervazivne razvojne poremećaje kao skupinu poremećaja karakteriziranu nenormalnostima uzajamnih socijalnih odnosa te ograničenim, stereotipnim, ponavljanim aktivnostima i interesima. U istoj klasifikaciji kao posebne dijagnostičke kategorije ubrajaju se:

- Autizam u djetinjstvu F84.0
- Atipični autizam F84.1
- Rettov poremećaj F84.2
- Drugi dezintegrativni poremećaji u djetinjstvu F84.3
- Poremećaj hiperaktivnosti povezan s duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima F84.4
- Aspergerov poremećaj F84.5

- Ostali poremećaji razvoja u djetinjstvu F84.8
- Pervazivni poremećaji u razvoju, nespecifirani F84.9 (Bujas Petković i sur., 2010)

Prema kriteriju DSM-V više ne postoje Rettov sindrom, autizam, pervazivni razvojni poremećaj, Aspergerov sindrom, dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, nego je sada sve poremećaj iz autističnog spektra, odnosno F84 (<https://autizamsite.wordpress.com/?s=dsm+v&search=Idi>).

6.1 Atipični autizam

U dječju psihijatriju nazive atipično dijete i atipičan razvoj uvela je Beata Rank 1955. godine. Atipični autizam je vrsta pervazivnih poremećaja koji se razlikuju od autizma u djetinjstvu ili po životnoj dobi ili po neispunjavanju jednog ili više dijagnostičkih uvjeta u tri skupine dijagnostičkih kriterija. Atipični autizam u MKB-10 navodi se kao posebna kategorija pervazivnih razvojnih poremećaja koji imaju obilježja autističnog poremećaja, ali ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije. Simptomi atipičnog autizma slični su simptomima u autizmu. Ovaj poremećaj pojavljuje se od rođenja ili nakon razdoblja normalnog razvoja djeteta. Uzroci poremećaja mogu biti nasljedni, a veliku ulogu mogu imati i psihološki čimbenici. Poremećaj se pojavljuje i kod djece s težim intelektualnim oštećenjem i kod djece s ozbiljnim razvojnim poremećajima govora kod kojih je intelektualno oštećenje primarno, a simptomi autizma sekundarni (Bujas Petković i sur., 2010).

MKB-10 razlikuje dvije inačice atipičnog autizma, a to su:

- *Autizam s atipičnom dobi obolijevanja.*
Kod ove inačice zadovoljeni su svi kriteriji za autistični poremećaj, ali poremećaj postaje prepoznatljiv tek nakon treće godine života.
- *Autizam s atipičnom simptomatikom.*
Kod ove inačice simptomi se manifestiraju prije treće godine života, ali ne odgovaraju potpunoj slici autističnog poremećaja. To se naročito odnosi na djecu sa značajno sniženom inteligencijom (Remschmidt, 2009).

Atipični autizam najčešće se dijagnosticira kod teško mentalno retardirane djece, kod kojeg se karakteristična obilježja autističnog poremećaja ne mogu potpuno utvrditi (Nikolić i sur., 2004).

6.2 Dezintegrativni poremećaj

Dezintegrativni poremećaj ili kako se još naziva dezintegrativna psihoza, Hellerov sindrom opisuje se kao poremećaj koji se pojavljuje između treće i pete godine života, nakon potpuno normalnog psihičkog razvoja. Simptomi dezintegrativnog poremećaja slični su onima u autizmu (Nikolić i sur., 2004).

Djeca prestaju komunicirati, pratiti zbivanja u okolini, govoriti, zaboravljaju naučene vještine. MKB-9 taj poremećaj navodi kao poseban entitet te ga dijeli od drugih pervazivnih poremećaja. Austrijski neuropsihijatar Theodor Heller prvi je opisao poremećaj 1908. godine i nazvao ga *dementia infantilis*. Dezintegrativni poremećaj kao i drugi psihijatrijski poremećaji dijagnosticira se na temelju kliničke slike i kliničkog tijeka. Poremećaj se uglavnom pojavljuje u obliku povlačenja, hiperaktivnosti te regresije svih psihičkih funkcija u razdoblju od nekoliko mjeseci. Rutter navodi dva moguća početka bolesti, a to su:

a) *nagli* – koji nastupa u nekoliko dana ili tjedana

b) *postupni početak* – koji traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. (Bujas Petković i sur., 2010).

Djeca s dezintegrativnim poremećajem postaju nezainteresirana za okolinu, ne reagiraju na vanjske stimuluse, izgledaju potpuno izgubljeno. Kod ovog poremećaja česte su i stereotipije. Djeca mogu postati anksiozna, negativistična, razdražljiva, burno reagiraju s provokativnim faktorima ili bez njih (Bujas Petković i sur., 2010).

Proces senilnosti kod djece s dezintegrativnim poremećajem razlikuje se od procesa senilnosti kod odraslih prema sljedećim obilježjima:

- ništa ne upućuje na neku organsku bolest ili oštećenje koje je moguće utvrditi,
- nakon gubitka sposobnosti može slijediti i privremeno poboljšanje,

- oštećenje komunikacije i socijalizacije više odgovara osobitostima autističnog poremećaja nego izoliranom oštećenju intelektualnih funkcija (Remschmidt, 2009).

Etiologija dezintegrativnog poremećaja je nepoznata. Anamneistički se poremećaj ponekad može povezivati s cerebralnim oštećenjem. Prepostavlja se da je dezintegrativna psihoza skup psihijatskih sindroma različite etiologije. Kao i drugi razvojni poremećaji, dezintegrativni poremećaj učestaliji je kod dječaka (Bujas Petković i sur., 2010).

6.3 Aspergerov poremećaj

Aspergerov sindrom je razvojni poremećaj koji pripada kategoriji pervazivnih razvojnih poremećaja. Poremećaj je dobio ime po Hansu Aspergeru, austrijskom pedijatru koji je 1944. godine opisao djecu koja imaju urednu inteligenciju, uredan jezični razvoj, sužene interese, siromašnu ekspresiju te razumijevanje neverbalne komunikacije, fizički su nespretni i ne pokazuju empatiju. Stanje koje je opisao, Asperger je nazvao “autistična psihopatija”, odnosno smatrao je da se radi o određenom poremećaju ličnosti (Šimleša i Ljubešić, 2009).

Aspergerov poremećaj kronični je neurorazvojni poremećaj koji se definira socijalnim deficitima i ograničenim interesima, ali dobro razvijenim govornim i kognitivnim sposobnostima, što ga razlikuje od autizma i drugih pervazivnih poremećaja. Kod djece s Aspergerovim poremećajem uredan je psihomotorni razvoj i gotovo sve vještine razvijaju se u očekivanom vremenu ili prije. Takva su djeca neobična i upadljiva, imaju posebne interese kojima se ističu među vršnjacima, a najveći deficit izražava se u socijalnim interakcijama i motorici. Aspergerov poremećaj blaga je forma autizma kog kojeg je prognoza znatno bolja. Poremećaj obuhvaća neobična ponašanja pogotovo u području komunikacije. Komunikacija kod djece s Aspergerovim poremećajem nije razvijena, unatoč dobro razvijenom govoru. Govor je neobično moduliran i monoton, često upadan za druge osobe. Djeca s takvim poremećajem imaju ograničene interese, a motorika im je slabo razvijena. Aspergerov poremećaj je poremećaj koji izaziva velike nesposobnosti i ograničenja te traži rane intervencije i dugotrajnu stručnu pomoć djeci i osobama. Osobe s

Aspergerovim poremećajem doživljavaju svijet drugačije od zdravih te imaju velike poteškoće. Takvim osobama potrebna je pomoć tijekom cijelog života (Bujas Petković i sur., 2010).

Djeca koja boluju od Aspergerovog poremećaja ističu se u igrama mehaničke memorije bez kreativnosti. Grubi motorički pokreti su im nespretni, držanje i hodanje čudni uz manirizme koji su očiti. Kod djece s Aspergerovim poremećajem postoji veliki rizik od dodatnih psihičkih poremećaja kao što su anksioznost, poremećaji raspoloženja, psihotički poremećaji koji se razvijaju u predadolescenciji. Karakteristike ovog poremećaja ostaju stabilne tijekom prelaska u zrelu dob, a na njih ne utječe ni okolina ni obrazovanje (Nikolić, Marangunić i sur., 2004).

Motorička nespretnost kod djece s Aspergerovim poremećajem i smetnje kordinacije jedni su od bitnih specifičnih simptoma. To ih razlikuje od druge djece s autističnim poremećajem. Djeca s Aspergerovim poremećajem ne pokazuju odstupanja u kognitivnom i govornom razvoju već spadaju u naprednu djecu. Govor se razvija na vrijeme, sjedenje, puzanje i hodanje također se razvijaju na vrijeme, ali izrazito motorički nespretno. Prvi pokazatelji poremećaja su drukčiji interesi od onih kod vršnjaka, neobičan način kontakta oči u oči, nezainteresiranost za društvo vršnjaka, manjkavost neverbalne komunikacije. Poremećaj se uglavnom dijagnosticira nakon treće, a ponekad i nakon desete godine. Poremećaj autizma i Aspergerov poremećaj rezultat su složenih kombinacija koja zahvaćaju različite komponente socijalnog razvoja. Poremećaji komunikacije unatoč dobro razvijenom govoru, poremećaji socijalne interakcije, nemaštovitost, stereotipni pokreti i motorička nespretnost osnovna su obilježja Aspergerova poremećaja koji ga svrstavaju u skupinu pervazivnih razvojnih poremećaja (Bujas Petković i sur., 2010).

Dijagnoza se postavlja na osnovi anneze i promatranja ponašanja. Većina dijagnostičkih kriterija za Aspergerov poremećaj odnosi se na nedostatak pojedinih sposobnosti, a ne na prisutnost simptoma. Intelektualna razina djece s Aspergerovim poremećajem nije značajna za postavljanje dijagnoze. Ta inetelektualna razina kod djece s Aspergerovim poremećajem je viša nego u djece s autizmom, ona je iznad granice koja označava mentalnu retardaciju. Aspergerov poremećaj kao i drugi pervazivni razvojni poremećaji, češći su u dječaka nego u djevojčica. Djevojčice s Aspergerovim poremećajem imaju nešto drugačiju kliničku sliku od dječaka. To se

odnosi na drukčije biološko i socijalno ponašanje djevojčica. Djeca s Aspergerovim poremećajem s velikim poteškoćama obavljaju dvije radnje odjednom. Odrasle osobe s Aspergerovim poremećajem koje imaju prosječnu inteligenciju, žive i rade uz manje ili veće poteškoće samostalno. Takve osobe većinom ostaju samci ili žive s roditeljima. (Bujas Petković i sur., 2010)

6.4 Rettov poremećaj

Rettov poremećaj je neurorazvojni poremećaj koji se pojavljuje isključivo kod djevojčica, s početkom bolesti od šestog do osamnaestog mjeseca života. Poremećaj nalikuje na autistični poremećaj, pa se s njim često i zamjenjuje u početnoj fazi. Poremećaj je prvi put opisao austrijski dječji pedijatar Andreas Rett 1966. godine (Bujas Petković i sur., 2010).

Remschmidt (2009) navodi obilježja poremećaja, a to su:

- potpun gubitak svrsishodne uporabe šaka,
- potpun ili djelomičan gubitak razvoja jezičnog izražavanja i razumijevanja,
- usporen rast glave,
- osebujni stereotipski pokreti šake.

Etiologija bolesti je genska, a radi se o mutaciji gena. Poremećaj se pojavljuje u omjeru 1 : 15 000 djece i mladih u dobi od 6 – 17 godina. Dijete s Rettovim poremećajem ako je počelo puzati prestaje to raditi, nezainteresirano je za okolinu, postaje usporeno, zatvara se, psihički se mijenja. Stajanje djeteta na nogama kasni, uz gubitak sposobnosti za održavanje ravnoteže. Zastoj u razvoju je postupan i u počecima slabo primjetan i zbog toga se na njega često ne obraća pozornost. Oko 80% pacijenata s Rettovim poremećajem ima epilepsiju. Intelektualno oštećenje većeg stupnja pristuno je kod sve djece. Dijagnoza poremećaja postavlja se na temelju anamnestičkih podataka i kliničke slike. U prvih tri do pet godina života dijagnoza je dosta sigurna ako se poznaje klinička slika. Poremećaj se često zamjenjuje s autističnim poremećajem, težim intelektualnim oštećenjem i cerebralnom paralizom. U adolescenciji 75% djevojaka više ne može stajati ni hodati, a mogu se kretati samo u invalidskim kolicima. Dijagnostički kriteriji za Rettov poremećaj određeni su na 2. međunarodnoj konferenciji za Rettov poremećaj

u Beču 1984. godine, a 1988. dijagnostičke kriterije dopunila je radna skupina stručnjaka za Rettov poremećaj (Bujas Petković i sur., 2010).

Tijek poremećaja najčešće se iskazuje u četiri osnovna stadija:

- I. stadij – početak stagnacije između sedmog i osmanaestog mjeseca života. Počinje neprimjetno, a traje nekoliko tjedana ili mjeseci.
- II. stadij – obuhvaća brzi razvojni regres od prve do četvrte godine kada dijete gubi postignute vještine.
- III. stadij je stacionarno razdoblje u kojem se ne zbivaju nikakve bitne promjene
- IV. stadij u kojem dijete postaje potpuno nepokretno i dementno (Nikolić i sur., 2004).

7. ETIOLOGIJA

Etiologija autizma još nije do kraja poznata, iako se pretpostavlja da je riječ o više različitih uzroka koji daju sličnu kliničku sliku s dominantnim simptomima poremećaja verbalne i neverbalne komunikacije, stereotipnim ponašanjem i socijalnom interakcijom. Prije se govorilo o dvjema velikim skupinama teorija za koje se pretpostavljalo da su uzrok autizma, a to su psihološka i organska teorija. Psihološke teorije su u početku dominirale, osobito zbog Kannerove teze da je autizam uzrokovan hladnim i odbijajućim držanjem majke prema djetetu. Normalan izgled djece i činjenica da se dijete u prvoj godini normalno razvijalo, podupiralo je mišljenje o psihološkim uzrocima poremećaja. Organske teorije pretpostavljaju da je posrijedi moždani poremećaj koji uzrokuje razvojni hendikep sa specifičnim simptomima. Prema psihološkim teorijama, kod djece s autizmom nema organskih uzroka poremećaja, nego su uzroci isključivo psihogeni (Bujas Petković i sur., 2010).

Puno autistične djece u pubertetu dobije epileptične napadaje, a to je dokaz da se radi o funkcionalnom i organskom oštećenju mozga, a ne samo o psihogeno uvjetovanom poremećaju. Iako postoje brojne teorije o uzrocima autizma, nijedna u potpunosti ne objašnjava autizam, već samo njegove dijelove (Nikolić, 2000).

Jednu od najpoznatijih psiholoških teorija postavio je Bruno Bettelheim 1967. godine. Pretpostavka njegove teorije je ta da je autizam sličan ravnodušnosti i bespomoćnosti. Neki bihevioralni teoretičari smatraju da autizam uzrokuju određena iskustva naučena u djetinjstvu. U novije vrijeme sve je više dokaza da je autistični poremećaj rezultat toksično-alergijske reakcije (Nikolić i sur., 2004).

Pretpostavke o psihogenezi autističnog poremećaja nisu više održive. Protiv tih pretpostavki govore sljedeća opažanja:

- Autistična djeca uočljiva su već u dojenačkoj dobi. Pokazuju čitav niz neurobioloških osobitosti koje se ne nalaze kod zdrave djece.
- Po crtama ličnosti roditelji autistične djece ne razlikuju se od roditelja zdrave ili mentalno retardirane djece.
- Oko 40-60% djece s autističnim poremećajem u školskoj dobi ima neurološka oštećenja, a u oko 30% te djece za vrijeme adolescencije pojavljuje se epilepsija. (Remschmidt, 2009)

Posljednjih godina smatra se da su za nastanak autističnog poremećaja odgovorni sljedeći uzroci, a to su:

- utjecaji naslijeđa,
- moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije,
- biokemijski uzroci,
- poremećaji kognitivnih procesa,
- poremećaji afektivnog razvoja,
- interakcija (Remschmidt, 2009).

7.1 Utjecaji naslijeđa

Uloga genskih čimbenika počela se ozbiljnije razmatrati u osamdesetima, kada je zamijećeno da autistični poremećaj često prate neki kromosomski poremećaji i rijetki sindromi. Obiteljske studije i studije blizanaca pridonijele su spoznaji o genskoj etiologiji. Prva obiteljska studija provedena je 1957. godine i tada se smatralo da su za razvoj autizma krive majke (Bujas Petković i sur., 2010).

Jedna od najopsežnijih obiteljskih epidemioloških studija je studija Ritvoa i sur. (1989.). Ta studija je obuhvatila 207 obitelji s autističnim djetetom. Analiza studije je pokazala da je učestalost autizma među braćom 215 puta veća nego općenito u populaciji (Nikolić i sur., 2004).

Studije blizanaca pokazale su istodobnu pojavnost klasičnog autizma u 60% monozigotnih blizanaca, a ni u jednom kod dizigotnih blizanaca. To je upućivalo na snažnu gensku komponentu ovog poremećaja s nasljednom predispozicijom od više od 90% (Bujas Petković i sur., 2010).

Danas se zna da učestalost autizma među braćom i sestrama iznosi 3%, a za monozigotne blizance 30 – 50%. Principi nasljeđivanja autističnog poremećaja su nepoznati i može se govoriti samo o indentifikaciji općeg utjecaja naslijeđa. Veća učestalost autističnog poremećaja kod muškog spola ne može se objasniti niti jednom od genskih teorija. Kod članova obitelji autističnih osoba, osim autizma nalaze se i kognitivni poremećaji i specifične karakteristike osobnosti. Najčešće se radi o poremećajima čitanja, artikulacije, sricanja, razvoja govora i mentalnoj retardaciji.

Pojava kognitivnih poremećaja i specifičnih karakteristika osobnosti u obitelji i rodbini autističnih osoba, navela je istraživače na ideju da te karakteristike mogu biti odraz genetske veze s autizmom (Nikolić, 2000).

7.2 Neurološki uzroci

Neurofiziološka istraživanja autizma počela su krajem šezdesetih i početkom sedamdesetih godina prošloga stoljeća radi nalaženja uzroka poremećaja. Ta istraživanja dovela su do bitnih spoznaja koje su upućivale na povezanost patološkog funkcioniranja nekih procesa SŽS-a, ali prije svega pogrešne modulacije senzornih podražaja i kliničkih simptoma autizma. Ti su procesi, ali i drugi fiziološki pokazatelji upućivali na specifičan i uočljiv deficit u senzornim odgovorima na različite stimuluse (vidne, slušne, vestibularne) u velikog broja djece s autizmom (Bujas Petković i sur., 2010).

Pretpostavke moždanih oštećenja i poremećaja moždane funkcije kao uzročnika autističnih poremećaja osnivaju se na različitim uvrđenim neurološkim promjenama i bolestima. Na osnovi tih nalaza razvijene su teorije da je autistični deficit povezan s funkcionalnim poremećajem lijeve moždane polutke, da je povezan s poremećajem pažnje, abnormalnom obradom senzornih podražaja i informacija, abnormalnim procesima moždanog sazrijevanja. Moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije imaju važnu ulogu kod autistične djece i odraslih osoba (Remschmidt, 2009).

Etiologija središnjeg živčanog sustava koja prekida normalan razvoj i dovodi do sindroma autizma ostaje i dalje nepoznata. Razne studije govore o EEG abnormalnostima (Nikolić, 2000).

Rana EEG istraživanja autizma pokazuju da puno djece s autizmom ima abnormalne moždane valove već od najranije dobi. Oko 15% autistične djece u pubertetu dobije epilepsiju. Mnoga novija istraživanja kod kojih je korištena magnetska rezonanca, pokazuje nerazvijenost dijelova malog mozga kod velikog broja djece. Razvitak autizma kod djece čije su majke tijekom trudnoće preboljele rubeolu veća je oko deset puta u odnosu na opću populaciju. Rani neuropatogeni

faktori, kao što su niska porođajna težina, respiratorni zastojni sindrom, porod zatkom, također mogu biti povezani s pojavom simptoma autizma (Nikolić i sur., 2004).

7.3 Biokemijski uzroci

Šezdesetih godina dolaze prva izvješća o biokemijskim istraživanjima, koja su nastojala poduprijeti pretpostavke da simptomi kod djece s autizmom potječu od poremećaja neuralne transmisije. Najviše istraživanja objavljeno je o serotoninu. Serotonin u središnjem živčanom sustavu utječe na mnoge psihičke procese kao što su: spavanje, bol, percepcija, učenje, apetit, pamćenje, motorika i dr. Kod djece s autizmom navedene funkcije su naglašeno poremećene. Jednu od prvih studija o serotoninu kod djece s autizmom objavili su Freedma i Schain 1961. godine. U toj studiji oni su izvijestili da je razina serotonina kod djece s autizmom za 30% povišena nego kod zdrave djece. Drugi važan katekolamin koji bi mogao biti povezan sa simptomima autizma je dopamin (Bujas Petković i sur., 2010).

Razni rezultati istraživanja pokazuju da kod autističnog poremećaja dolazi do promjena u serotonergičkom sustavu. Pretpostavlja se da kod djece s autističnim poremećajem dolazi do povećane sinteze serotonina, a da se tijekom razvoja njegova sinteza ne smanjuje kao što se događa kod normalne djece (Remschmidt, 2009).

7.4 Poremećaji afektivnog razvoja

Hobson koji je postavio afektivnu teoriju osniva se na Kannerovim radovima i Piagetovoj teoriji. Hobson smatra da kod autistične djece postoji urođeni poremećaj afektivnih kontakata. Takav afektivni deficit znači smanjenje sposobnosti percepcije tjelesnog izražaja različitih čuvstava koje doživljavaju drugi ljudi. Hobson je pokazao da teškoće prilikom uživanja u položaj drugih ljudi, koje imaju autistična djeca, nisu uvjetovane ograničenjima u percepciji prostora. Kako bi se njegove hipoteze potvrdile, proveo je istraživanje kojim je došao do zaključka da autistična djeca imaju teškoće u prepoznavanju, obradi i povezivanju različitih oblika izražavanja čuvstva. Teškoće u prepoznavanju određenog čuvstva kod autistične

djece bi moglo smanjiti sposobnost razumijevanja emocionalnih stanja ljudi (Remschmidt, 2009).

7.5 Poremećaji kognitivnih procesa

Baron-Cohen, Leslie i Frith (1985, 1986, prema Remschmidt, 2009) smatraju da afektivna teorija ne može dovoljno dobro objasniti socijalna oštećenja autističnog djeteta. Oni pretpostavljaju posebne kognitivne deficite. Različitim eksperimentima pokazano je da autistična djeca imaju poteškoća u shvaćanju da drugi ljudi mogu biti u različitim psihičkim stanjima i zato mogu pogrešno razumijeti ponašanje drugih ljudi. Sposobnost promatranja svijeta s gledišta druge osobe u literaturi se označava kao *theory of mind* (teorija uma). Smatra se da se kod djece s normalnim razvojem teorija uma počinje javljati od kraja prve godine života. Razna su istraživanja pokazala da je čimbenik verbalne inteligencije nužan, ali ne i dovoljan za razvoj teorije uma. Rezultati empirijskih radova u području kognitivne psihologije upućuju na to da se osobitosti djece s autističnim poremećajem mogu pripisati specifičnim deficitima socijalne precepcije.

7.6 Interakcija

Pretpostavlja se da između do sada opisanih čimbenika koji uzrokuju autizam postoji interakcija. Takvi nasljeđeni faktori mogu povećati osjetljivost djeteta na vanjska oštećenja. Oštećen kognitivni i afektivni razvoj mogu dovesti do toga da djeca zaostanu u sveukupnom razvoju i zato se kod njih u većoj mjeri pojavljuju obrasci ponašanja tipični za mlađu djecu. Takva ponašanja koja su neprimjerena dobi djeteta mogu izazvati reakcije koje su neprimjerene stupnju djeteta. Strukturalni i funkcionalni deficiti mozga u novije vrijeme dovode do pogrešne obrade reakcija iz okoline, što rezultira tim da djeca ne mogu rješavati zadatke primjerene svojoj dobi, a to njihove deficite pojačava (Remschmidt, 2009).

8. POSEBNE SPOSOBNOSTI OSOBA S AUTIZMOM

Izuzetne sposobnosti (talenti) iako su rijetki i u zdravih i u mentalno retardiranih i autističnih osoba, ipak su relativno češći u ovih drugih. Hill (1974, prema Nikolić i sur., 2004) je *idiot savant* osobe definirao kao mentalno retardirane, koje imaju razvijenu jednu ili više sposobnosti iznad razine očekivanoga za prosječne osobe. Talenti se odnose na različita područja kao što su: pamćenje, umjetnost, glazba, matematika, izračunavanje kalendara i dr.

Goodman (1972, prema Nikolić i sur., 2004) prvi se koristi nazivom *autistic savant* za talentirane autistične osobe zbog negodovanja roditelja prema nazivu idiot. Kod autističnih osoba vještine su genski određene. Talenti se uglavnom primjete već u drugoj godini života. Tijekom dvije godine talenti dosegnu svoj vrhunac, ali ih treba poticati da bi se dalje održavali i razvijali. Talenti razvojem drugih sposobnosti često izgube na intezitetu. Hill talente dijli na tri skupine, a to su:

1. Osobe koje imaju odlično pamćenje i mogu izračunavati kalendar, postižu jednake rezultate na verbalnim i neverbalnim suptestovima.
2. Osobe koje su talentirane za glazbu, bolje su na neverbalnim testovima.
3. Osobe talentirane za umjetnost, postižu bolje rezultate na neverbalnim testovima

Rimland je naveo da autisti imaju iznimnu sposobnost koncentracije koja im omogućuje da usredotoče svu svoju pozornost na određeno polje zanimanja. Zdravi ljudi mogu usmjeriti svoju pozornost na sitne detalje, a autisti to ne mogu. Zbog svoje uskraćenosti u mnogim sposobnostima, autisti usmjeravaju pozornost na jedno područje iz čega se razvija talent. U raznim je istraživanjima dokazano da autistična djeca koja imaju posebne sposobnosti imaju jaču aktivnost desne hemisfere mozga. Oštećenje lijeve polutke (hemisfere) mozga dovodi do smetnji u usmjeravanju pozornosti i ograničuje interese. Iz tog razloga desna polutka mozga preuzima mnoge funkcije od kojih se jedna ili više njih razvijaju u talent. (<http://www.udrugazvonce.hr/autizam.html>).

Posebne sposobnosti se odnose na glazbene sposobnosti, matematičke sposobnosti, ekstrasenzornu percepciju, pamćenje, pseudoverbalne sposobnosti te višestruke sposobnosti (Nikolić i sur., 2004).

8.1 Glazbene sposobnosti

Glazbene su sposobnosti, uz pamćenje, najčešći talenti. Smatra se da su glazbene sposobnosti i pamćenje međusobno povezani, posebice uz auditivno pamćenje. Neka autistična djeca su sposobna reproducirati dugačke melodije glasom ili na glasoviru. Jedan od poznatih slučajeva je slučaj djevojčice Ilene s autizmom koja je imala savršen sluh. Ilene je svoj talent pokazala s 19 mjeseci, kada je mogla ponavljati dugačke melodije nakon samo jednokratnog slušanja. S tri je godine tu melodiju reproducirala svirajući na glasoviru koji nikad nije učila svirati (Bujas Petković i sur., 2010).

8.2 Pamćenje

Sposobnost pamćenja obuhvaća više različitih sposobnosti, a to su: auditivno i vizualno pamćenje, ali i pamćenje koje sadržava više različitih oznaka. Pamćenje se kao posebna sposobnost odnosi na zapamćivanje različitih sadržaja, čak i teksta na nepoznatom jeziku. Jedan od poznatih slučajeva je o dječaku Russu, koji je mogao zapamtiti i ponoviti cijele stranice tekstova, čak i na nepoznatom jeziku, ali nije mogao normalno razgovarati i smisleno odgovarati ni na najjednostavnija pitanja (Bujas Petković i sur., 2010).

8.3 Matematičke sposobnosti

Matematičke sposobnosti odnose se na mogućnost rješavanja matematičkih operacija s višeznamenkastim brojevima, napamet i bez pogreške. Takve sposobnosti česte su među autistima s talentom, a mogu biti prisutne i uz neki drugi talent (Bujas Petković i sur., 2010). Matematičke sposobnosti dobro su prikazane u filmu „Kišni čovjek“ u kojem je glavni glumac Raymond autistična i mentalno retardirana talentirana osoba, koja je sposobna izračunavati složene matematičke operacije (Nikolić i sur., 2004).

8.4 Umjetnost

Umjetnost je sposobnost koja se može bolje predočiti nego opisati. Jedan od slučajeva je slučaj dječaka Selima koji je iz Bosne došao u Zagreb. Selim je imao dijagnosticiran autizam i intelektualno oštećenje. Uz autizam i intelektualno oštećenje imao je i posebnu sposobnost izrađivanja figurica životinja od plastelina (Nikolić i sur., 2004).

8.5 Pseudoverbalne sposobnosti

Pseudoverbalne sposobnosti su sposobnosti reproduciranja cijelih tekstova. Također, tu spada i reproduciranje nepoznatih tekstova, ali bez razumijevanja. Autistično dijete ne govori dobro i ne razumije tuđi govor, pa je sporazumijevanje otežano, ali ipak ima sposobnost brzog pamćenja i reproduciranja sadržajno nerazumljivih tekstova (Bujas Petković i sur., 2010).

8.6 Ekstrasenzorna percepcija

Ekstrasenzorna percepcija je sposobnost predviđanja i prepoznavanja prema gotovo nevidljivim znakovima. Autistično dijete s takvom sposobnosti može predvidjeti da će netko doći u prostoriju (ali ne zna, ne vidi niti čuje bilo što) ili da će se nešto dogoditi (Bujas Petković i sur., 2010).

8.7 Ostale sposobnosti

Među autističnom djecom sposobnosti su mnogobrojne. Neka autistična djeca mogu bez greške rastaviti i sastaviti složene aparate, mogu zapamtiti sve ulice na nekom putu kojim prođu samo jedanput, a to mogu ponoviti čak i nakon dugo godina. Također, autistična djeca mogu s velikom preciznošću odrediti veličinu nekog predmeta na daljinu, mogu bez sata odrediti točno vrijeme i dati vremensku prognozu. Neki od autista odlično igraju šah, trče, plivaju, ali ne mogu se natjecati jer nisu motivirani ili usred radnje zastanu bez objašnjenja. Više od polovine djece s

talentom pokazuje višestruke sposobnosti. Najčešće kombinacije su glazba – pamćenje i glazba – matematika (Bujas Petković i sur., 2010).

9. AUTIZAM I SENZORNA INTERGRACIJA

Senzorna integracija je neurobiološka aktivnost koja omogućava primanje i obradu osjetnih informacija koje u mozak pristižu iz različitih osjetila. (<http://www.udruga-zvoncici.hr/autizam.html>). Putem osjetila dobivamo informacije o fizičkom stanju našeg tijela i okoline (Ayres, 2002).

Mamić, Fulgosi Masnjak i Pintarić Mlinar (2010) navode da ako želimo uspješno komunicirati i sudjelovati u interakcijama s drugima, potrebno nam je određeno stanje pobuđenosti, održiva pozornost i emocionalne reakcije.

Kod većine nas senzorna integracija događa se bez svjesnog razmišljanja ili uloženog napora. Kod nekih ljudi senzorna integracija nije učinkovita. Ljudi s poremećajem senzorne integracije teško shvaćaju što se događa izvan i unutar njihova tijela i nema garancije da će dobiti preciznu senzornu informaciju. Djeca s poremećajem senzorne integracije imaju puno većih problema sa senzornom obradom. Takva djeca u ponašanju najčešće pokazuju sljedeće simptome:

- prekomjerna ili nedovoljna osjetljivost na dodir, zvukove, pokrete, prizore, okuse ili mirise,
- razina aktivnosti je neobično visoka ili neobično niska,
- često se isključuju ili povlače u sebe,
- impluzivna su, uz slabu sposobnost samokontrole ili se uopće ne mogu sama kontrolirati,
- nespretna su i neoprezna,
- imaju socijalne i emocionalne teškoće,
- teško se nose s frustracijama, sklona su duljim i intenzivnijim ispadima bijesa i teže se umiruju. (Biel i Peske, 2007).

Dijete sa senzornim problemima uglavnom loše reagira na svakodnevne situacije, ponašajući se neprimjereno dobi (Biel i Peske, 2007).

U našem mozgu postoji dio koji „odlučuje“ koji će senzorni podražaj biti registriran i privući našu pažnju, te odlučuje hoćemo li poduzeti nešto vezano za tu informaciju. Kod autistične djece taj dio ne funkcionira, pa oni ne registriraju puno toga što ostali primjećuju. Postoje tri aspekta slabe senzorne obrade koja se uočavaju kod autistične djece, a to su:

1. Senzorni podražaj ne registrira pravilno u mozgu djeteta, te ono na većinu stvari obraća jako malo pažnje, dok u nekim drugim slučajevima reagira pretjerano.
2. Autistično dijete dobro ne modulira senzorni podražaj, posebno vestibularne i taktilne osjete i tako može biti gravitacijski nesigurno ili imati taktilnu obranu.
3. Dio mozga koji je odgovoran za to da dijete nešto ne želi raditi, ne funkcionira normalno, pa tako dijete ima malo ili uopće nema interesa da radi nešto što je svrhovito ili konstruktivno. (Ayres, 2002).

Mozak autističnog djeteta teško razaznaje koja je informacija važna, a koja je nevažna (Ayres, 2002).

Ako dijete ima senzorne teškoće, ne mora značiti da je autistično. Razna istraživanja su pokazala da većina osoba s autizmom ima senzorne teškoće, a uglavnom su najviše pogođeni sluh, dodir i vid (Biel i Peske, 2007).

Autistično dijete uglavnom ne obraća pažnju na zvuk zvona ili drugu buku pa tako često ne uspijeva čuti ono što se njemu kaže. Djeca s poremećajem autizma osjećaju podražaje iz svojih mišića i zglobova bolje nego iz svojih očiju i ušiju. Potezanje ruku i nogu potiče receptore u zglobovima i mišićima te autistična djeca često nude svoje noge i ruke treputima da ih vuku. Autistična djeca ili potpuno odbijaju ili uporno traže kretanje i vestibularnu stimulaciju, no niti jedna od tih reakcija nije normalna. Kod sve autistične djece uočeno je kratko trajanje postrotacijskog nistagmusa. Kratko trajanje nistagmusa upućuje na to da jedan put za vestibularne osjete nije dobro iskorišten. Autistično dijete često se može motivirati da registrira senzorni podražaj ako mu se pruži odgovarajući poticaj. Terapija senzorne integracije nastoji osigurati poticaj da dijete registrira osjete, ali taj poticaj je prirodan. Zadovoljstvo djeteta tijekom terapije pomaže da se dijete motivira i to također pomaže mozgu da obradi ostale senzorne unose. Ako se tijekom terapije puno uključivalo vestibularne stimulacije, autistična djeca su puno više u stanju gledati terapeuta u oči za vrijeme terapije ili odmah nakon tjelesnog kretanja (Ayres, 2002).

Autistični mozak u nekim slučajevima propušta modulirati podražaj, a pogotovo taktilne i vestibularne podražaje. Velik broj autistične djece opire se kretanju i

(<http://www.idadidacta.hr/soba-za-senzornu-integraciju-u-daruvaru-ro7>)

10. RANA INTERVENCIJA I POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Iz dana u dan povećavaju se naše spoznaje o utjecaju rane intervencije na djetetov sveukupan razvoj. Procesi koji utječu na rano učenje i razvoj proizlaze iz okoline djeteta i ostalih osoba u sklopu te okoline.

Guralnick (2000, prema Bujas Petković i sur., 2010) definira ranu intervenciju kao sustav koji je napravljen u svrhu podrške onim obiteljskim modelima interakcije koji najbolje potiču razvoj djeteta, a ciljevi su podrška obitelji u poticanju djetetova razvoja, poticanje razvoja djeteta na specifičnim područjima te prevencija teškoća u budućnosti.

Izveštaji roditelja upućuju na pojavu ranih znakova autizma već u dobi od 6 do 8 mjeseci. Djeca kojoj je poslije dijagnosticiran autizam u toj su dobi pokazivala smanjenu vizualnu pažnju na osobe u okolini, odnosno ograničen interes za socijalnu okolinu. Kod djece do godine dana jedino ponašanje koje se pokazalo važnim za razlikovanje djece s autizmom od djece tipičnog razvoja i djece s intelektualnim teškoćama jest odazivanje na ime i odgovor na verbalne podražaje. Djeca s autizmom ne koriste se konvencionalnim gestama, predmete ne pokazuju spontano, imaju teškoća u razumijevanju i odgovaranju na inicijative drugih osoba i imaju teškoća u razumijevanju govora. Već pri prvoj pojavi simptoma, dijete je važno uključiti u program rane intervencije. Istraživanja su pokazala da djeca koja su uključena u program rane intervencije prije pete godine, postižu znatno bolje rezultate u razvoju od onih koja nisu uključena (Bujas Petković i sur., 2010).

Rani razvoj se odnosi na usvajanje komunikacijskih vještina. Rana socijalno-komunikacijska iskustva temelj su za kasniji razvoj jezika i socijalne interakcije. S razvojem komunikacijskih vještina znatno se smanjuju nepoželjna ponašanja i povećava sposobnost djece da ostvaruju interakciju s vršnjacima tipičnog razvoja. Okolina u kojoj dijete živi, uključivanje obitelji u program rane intervencije, stil interakcije i svakodnevne rutine neposredno utječu na djetetov razvoj. Programi rane intervencije koji su najpoznatiji su: primjenjena analiza ponašanja (ABA), razvojni individualizirani model utemeljen na odnosu (DIR I Greenspanov model), TEACCH (Teaching and Educating Adults and Children with Communication Handicap), a u novije vrijeme i SCERTS (model socijalne komunikacije, emocionalne regulacije i transakcijske podrške). Svaki od navedenih programa se koristi u podučavanju raznih

funkcionalnih vještina kako bi se postiglo bolje funkcioniranje djeteta. Također, svaki od tih programa ima specijaliziran kurikulum i razrađen proces evaluacije i procjene. Unatoč različitim teorijskim polazištima, programi rane intervencije imaju neke zajedničke karakteristike. Svi programi podrazumijevaju aktivnu uključenost u trajanju od 25 do 40 sati tjedno (Bujas Petković i sur., 2010).

11. MOGUĆI TRETMANI ZA AUTIZAM

Nikolić (1996) ističe kako bi suvremeno liječenje autistične djece trebalo obuhvatiti dva područja: psihijatrijsko-psihoterapijski pristup i specijalni odgoj. Između ta dva pristupa mora se napraviti jasna razlika.

Intenzivno bavljenje autističnim poremećajem dovelo je do učinkovitih terapijskih postupaka. Usprkos velikim pomacima i naporima, još uvijek nema jezdnoznačno učinkovitog tretmana autističnih poremećaja, a razlog tomu je priroda poremećaja čiju etiologiju još uvijek ne poznajemo (Remschmidt, 2009).

Tijekom rehabilitacije djece s autizmom mogu se koristiti psihoterapija, bihevioralna terapija, terapija sredine, grupna terapija, te drugi tretmani i terapije npr. glazbena i likovna terapija, terapija igrom ili kineziterapija. Rehabilitacija se sastoji od tri zahtjeva:

- kompleksnost (provodi se medicinska, socijalna, profesionalna rehabilitacija)
- kontinuiranost (mora postojati intenzivno razdoblje provođenja rehabilitacije)
- timski rad (suradnja stručnjaka u rehabilitaciji djeteta) (<http://www.autizam.suzah.hr/index.php/autizam#rehabilitacija>).

11.1 Terapija

Wing (1987, prema Nikolić i sur., 2004) pod liječenjem razumijeva otklanjanje primarnih problema što u autizmu nije moguće jer su uzroci nepoznati. Tretmani obuhvaćaju niz različitih postupaka kojima se pokušavaju ukloniti poteškoće, tj. nepoželjni simptomi.

Istraživanja terapije i rehabilitacije osoba s autističnim poremećajem pokazala su da su postupci koji su izravni, strukturirani i snažnije usmjereni na ponašanje učinkovitiji od onih koji prepuštaju osobu vlastitom razvoju. Ako se autistične osobe ne usmjerava na određene zadatke, postoji opasnost da se potpuno prepuste svojim stereotipnim navikama i sve ih se manje može aktivirati. Svaka terapija mora polaziti od individualnog razvojnog profila i cilja. Ovisno od osobe do osobe, u terapiju treba uključiti različita područja kao što su: poticanje govornog jezika, socijalno

ponašanje, smanjivanje samoozljeđivanja, ponašanje pri jelu, poticanje ustrajnosti, poticanje praktičnih životnih aktivnosti. Ciljani terapijski postupci moraju se uklopiti u globalni individualizirani program poticanja svih razvojnih područja i usvajanja funkcionalnih vještina. Važno je slijediti sve postupke terapije i poticaja čiji je cilj cjelokupan razvoj autistične osobe. Takav postupak nije moguć ako se istovremeno ciljano ne pokušava djelovati na određene simptome upadljivosti. Nijedan se postupak ne smije primjeniti bez pažljivo provedenog pregleda. Nakon diferencirane individualne dijagnostike i uključivanja okruženja treba razviti terapijski plan u kojem pojedini postupci imaju svoje mjesto. Pojedine postupke terapije treba usmjeriti na ciljane simptome i ponašanja na koje terapijom ili odgojem treba djelovati (Remschmidt, 2009).

Osobu s poremećajem autizma nakon izvršene dijagnostike, potrebno je što prije uputiti na terapiju i rehabilitaciju te ga uključiti u obrazovni sustav prema sposobnostima i smetnjama. (http://www.cybermed.hr/clanci/poremecaji_autisticnog_spektra).

11.2 Odgojno-obrazovni tretmani

Odgojno-obrazovni tretmani za autističnu djecu nastoje poboljšati socijalne vještine, komunikaciju i prilagođeno ponašanje kako bi postala što više samostalnija. Takva djeca imaju nekoliko problema koji njihovo podučavanje čine teškim. Djeca s autističnim poremećajem teško se prilagođavaju promjeni rutine, a podučavanje nužno zahtjeva takve promjene. Problemi ponašanja i samostimulirajuće kretnje ometaju učinkovito podučavanje kod autistične djece. Problem koji također često ometa učenje jest prevelika selektivnost pažnje. Kada autistično dijete usmjeri pažnju na određene aspekte zadataka ili situacije, druga obilježja ono možda neće ni primjetiti. Nesposobnost generalizacije je dodatni problem kod autistične djece. Djetetov odgovor može biti uvjetovan nevažnim aspektom situacije, koji nije prisutan kada se promjeni kontekst (Nikolić i sur., 2004).

11.3 Bihevioralni tretmani

Nikolić (2000) navodi da se kod bihevioralnog pristupa ne vodi računa o načelu kauzaliteta, već se vodi računa o tipu ponašanja i njegovoj promjeni. Veliki dio tehnika promjena ponašanja temelji se na principu kondicioniranja.

Bihevioralni terapeuti naučili su autističnu djecu govoriti, naveli ih da se igraju s drugom djecom, pomogli im da odgovaraju odraslim ljudima (Nikolić i sur., 2004).

Postupak bihevioralne terapije kod autističnih poremećaja uglavnom se ne razlikuje od postupaka kod drugih poremećaja. Pojedine postupke treba modificirati i prilagoditi posebnostima autistične djece i mladeži. Lovaas koji je među prvima primjenio metode bihevioralne terapije kod autističnih poremećaja, pri primjeni te metode polazi od tri osnovne pretpostavke, a to su:

- Autizam se promatra kao poremećaj percepcije i kognicije.
- Budući da uzroci autizma još nisu poznati, modifikacija ponašanja sastoji se u uspostavljanju poželjnog i napuštanju nepoželjnog ponašanja.
- Postupke bihevioralne terapije osim stručnjaka mogu primjenjivati i roditelji ako su te postupke naučile i razumiju njihove principe.
- Cilj metoda bihevioralne terapije je usvajanje poželjnih obrazaca ponašanja, a napuštanje nepoželjnih. U literaturi se posebno ističu dva programa, i to Lovaasov bihevioralni pristup (ABA) i TEACCH program Schlopera i suradnika (Remschmidt, 2009).

Iz bihevioralnog pristupa nastao je niz važnih strategija intervencije: motivacijski programi utemeljeni na pozitivnom pojačanju, generalizirane tehnike za ustroj repertoara vještina kroz postupke kao što su vođenje, nizanje, oblikovanje, gašenje i strategije samokontrole. Niz istraživanja pokazao je uspjeh bihevioralnih intervencija u podučavanju djece s autizmom. Bihevioralne intervencije koje su se razvile tijekom godina usmjerene su na dijete i provode se u prirodnom kontekstu. Primarni je kontekst podučavanja interakcija s odraslima i vršnjacima u svakodnevnim aktivnostima i dnevnim rutinama s naglaskom na iniciranju komunikacije i primjerenoj igri. Mnogi stručnjaci koji provode programe za osobe s autizmom pozitivno primjenjuju analizu (ABA) s jednom od njezinih strukturiranih

tehnika, a to je podučavanje diskriminativnim nalogima (PDN) (Bujas Petković i sur., 2010).

Podučavanje PDN-om je metoda koju je razvio Lovaas, a koristi se u ranoj intervenciji kod djece s autizmom. PDN je zapravo najviše strukturirana i samo jedna od mnoštva strategija primjenjene analize ponašanja. Svrha PDN-a je prezentirati informacije djeci na jasan, dosljedan i strukturiran način koji pomaže djetetu izolirati ključne komponente situacije učenja. Prva komponenta PDN-a je prethodni podražaj koji se naziva i diskriminativni podražaj, druga je ponašanje koje dijete izražava, a treća je posljedica koju daje terapeut. Za usvajanje novih vještina koristi se podrška. Podrška omogućuje djetetu dobivanje doživljaja uspjeha i motivacije. Na početku tretmana na osnovi percepcije postavljaju se jasni ciljevi i njegov se napredak mjeri prema tim ciljevima. Za svaku se vještinu izrađuje program s jasnim postupcima i kriterijima usvojenosti. Programi PDN-a imaju sljedeće karakteristike:

- visoku strukturiranu okolinu u kojoj se provodi podučavanje
- odrasla osoba – terapeut inicira serije podučavanja
- odrasla osoba odabire materijal koji se rijetko izmjenjuje unutar jednog zadatka
- pojačanja nisu neposredno vezana uz ciljano ponašanje ili situaciju podučavanja, već dijete dobiva pojačanje samo nakon ispravnog odgovora (Bujas Petković i sur., 2010).

Od 1960. godine mnoga su istraživanja pokazala da je PDN učinkovit u podučavanju osoba s autizmom. PDN je znanstveno utemeljena metoda koja se često neprimjereno koristi. Najčešće pogreške su izolirano podučavanje bez generalizacije, nedostatak individualizacije u kriterijima usvojenosti i rad isključivo za stolom (Bujas Petković i sur., 2010).

11.3.1 Primjenjena analiza ponašanja (ABA)

Primjenjena analiza ponašanja u posljednjih 40 godina najčešće je istraživana metoda rada s osobama s autizmom. Tijekom godina usavršavale su se metode, strategije, tehnike koje iz nje proizlaze te su se prilagođavale karakteristikama razvoja osoba s autizmom. Primjenjena analiza ponašanja usmjerena je i na

mjenjanje i prilagođavanje okoline i jezika stila interakcije kako bi se način podučavanja prilagodio osobi i njezinim specifičnim potrebama (Bujas Petković i sur., 2010).

Lovaas je 1987. godine proveo istraživanje na 19 predškolske djece koja su prošla kućni bihevioralni program u trajanju od 40 ili više sati tjedno dvije godine. Početni IQ djece bio je 53. Lovass je uspoređivao tu grupu djece s grupom djece koja nisu prošla tako intenzivan tretman (10 sati tjedno ili manje). IQ te djece bio je 46. Kasnije su ta djeca ispitana u dobi od 7 godina i ustanovljeno je da im je IQ povećan za 20, a drugoj grupi samo 8. Lovaas je 1993. godine uvidio neke teškoće u svojem istraživanju te relativizirao njegove rezultate. Program je u različitim područjima ponašanja doveo do poboljšanja (Remschmidt, 2009).

Blažević, Šrinjar, Cvetko i Ružić (2006) navode da je primjenjena analiza ponašanja (ABA) pristup koji ima jake empirijske temelje i najbolje je empirijski vrednovan. ABA se oslanja na točnu interpretaciju interakcije između prethodne varijable i posljedica, te upotrebe tih informacija za sistematično planiranje željenog učenja i programa promjene ponašanja. Stručnjaci koji se služe ABA pristupom sustavno mjere napredak određenih ponašanja te procjenjuju da li je određena intervencija zaslužna za promjenu ponašanja djeteta. ABA terapija je takav pristup rada s autističnom djecom koji daje najviše uspješnosti u radu, pokazujući napredovanje na tri osnovna razvojna područja, a to su: socijalni razvoj, intelektualno funkcioniranje i komunikacija (<http://www.logomedica.rs/aba-metoda/>).

S ABA terapijom najbolje je započeti odmah nakon dobivene dijagnoze ili sa dvije i pol godine. Terapija se odvija u prostoru u kojem nema suvišnih ometajućih predmeta. Početak ABA terapije predviđen je sjedenjem na dvije stolice prilagođene uzrastu djeteta, s terapeutom naspram djeteta. Zadatak je održati dijete mirnim, produžiti sjedenje i učiniti ga zanimljivim. Tijekom terapije može se napraviti pauza i tada se dopušta djeci da rade po svojoj volji, a iz tog ponašanja se dobiva uvid u trenutno stanje i pomake u radu. Učenje za dijete koje ima bilo koji problem iz spektra autizma nije jednostavno. Za svaki pomak djeteta se može nagraditi nagradom koja mora biti individualno prilagođena (pohvalom, pljeskanjem, grljenjem). ABA terapija je rad u kojemu se teži postizanju zadanih ciljeva. Svaka zadana radnja mora

se dovesti do kraja (<http://www.dietpharm.hr/aba%E2%80%88terapija-svako-dijete-ima-pravo-na-govor-ma-kakav-on-bio-a65>).

Najčešći programi u ABA terapiji su: kontakt očima, imitacije pokreta, dijelovi tijela, pokazivanje i imenovanje slika, prepoznavanje ljudi, program da/ne, pravljenje izbora, boje, oblici, slova, brojevi, emocije itd. Svaki se zadatak raščlanjuje na najsitnije dijelove, a svaki se dio podučava intenzivno dok se ne savlada (<https://edukatorirehabilitator.wordpress.com/2012/11/10/aba-metoda/>)

11.4 Psihoterapija

Za psihoterapiju sposobna su autistična djeca s višim intelektualnim sposobnostima, tj. djeca koja imaju razvijen govor i djeca s blažim oblicima autizma. Cilj psihoterapije je davanje uvida u ponašanje autistične djece i osmišljavanje ponašanja i unutrašnjeg doživljavanja. Ako se kod autističnog djeteta pokaže zainteresiranost za psihoterapiju, važno je da joj se dijete podvrgne što ranije te da se kombinira s drugim terapijskim tehnikama. Psihoterapija članova obitelji autističnog djeteta nužna je u svakom slučaju, kao i edukacija roditelja koja se tiče postupaka s djetetom (Nikolić, 2000).

11.5 Terapija lijekovima

Korištenje lijekova u smirivanju neželjenih simptoma u autistične djece započinje šezdesetih godina nakon što je utvrđena relativna neučinkovitost psihoterapijskih postupaka. U medikamentoznoj terapiji autistične djece najviše se koriste lijekovi koji se koriste u liječenju psihoza u odraslih, a to su antipsihotici. Kao pomoćni lijekovi primjenjuju se sedativi i hipnotici (Nikolić, 2000).

Lijekovima se uglavnom nastoje otkloniti nepoželjni simptomi kao što su: hiperaktivnost kod manje djece te agresivno ili autoagresivno ponašanje i poremećaji spavanja kod manje djece i odraslih. Prvi korišteni lijek za autizam bio je Pondimin, ali se nije pokazao učinkovitim. Trenutno u svijetu nema specifičnog lijeka za autistični poremećaj. Smanjenje simptoma agresije, autoagresije i hiperaktivnosti ponekad se vidi kod primjene nove generacije antiepileptika (Nikolić i sur., 2004).

U cjelovitom planu tretmana autističnih poremećaja lijekovi mogu biti važno pomoćno sredstvo. Lijekovi su katkad nezaobilazni u kriznim situacijama. Kod autističnih osoba lijekovi ne mogu nikada biti jedini terapijski postupak, već uvijek moraju biti integrirani u cjeloviti plan tretmana. Do sada su se lijekovima tretirale sljedeće grupe simptoma: nedostatna socijalna interakcija, nedostatna uzajamna verbalna interakcija, hiperaktivnost i samostimulacija, stereotipije i eholalije, ispadi bijesa i ponašanje sa samoozljeđivanjem, depresivna raspoloženja i kolebanja raspoloženja (Remschmidt, 2009).

Primjena psihofarmaka kod djece i adolescenata temelji se uglavnom na empirijskim osnovama zbog teškoća u definiranju dijagnostičkih kriterija, nepoznavanja etiologije i velike heterogenosti skupina. Psihofarmakoterapija kod osoba s autizmom iako je praktički veoma korisna, još je u začetku. Psihofarmaci se puno primjenjuju kod autističnih osoba, a brojna istraživanja su pokazala da je velik dio ove populacije pod medikamentnom terapijom, najčešće antipsihotikom. Učinci terapije su ograničeni (Bujas Petković i sur., 2010).

Antipsihotici su najveća skupina lijekova koja se primjenjivala kod djece s autizmom, psihozom i intelektualnim oštećenjem. Na tom su području antipsihotici najefikasniji lijekovi, iako nisu uvijek jednako efikasni u pojedinim slučajevima. Klasični antipsihotici, koji su otkriveni prije pedeset godina, bili su glavni u liječenju nepoželjnih simptoma autističnog poremećaja i drugih pervazivnih poremećaja. Danas se više koriste atipični antipsihotici, tj. antipsihotici nove generacije. Antipsihotici primjenjuju se zbog nepoželjnih simptoma, ali mogu biti korisni i kod nesocijaliziranog ponašanja i zatvaranja, osamljivanja koje je karakteristično za taj poremećaj. Ako se prilikom terapije ne postignu očekivani rezultati, moguća je i kombinacija dvaju ili više lijekova. U ovakvim terapijama zabilježene su i pojave navikavanja na lijekove, ali i simptomi apstinencije u slučaju prekidanja dugotrajne terapije u visokim dozama (Bujas Petković i sur., 2010).

11.6 Teacch program

TEACCH je sveobuhvatan program procjene, dijagnostike, tretmana te odgoja i obrazovanja osoba s autizmom i drugim srodnim poremećajima. Dolazi od kratice

Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH), što u prijevodu znači odgoj i obrazovanje autistične i djece s poremećajem komunikacije (Nikolić i sur., 2004).

Program TEACCH se provodi već 30 godina u Sjevernoj Karolini u SAD-u. Kod tog programa naglasak je na kontinuiranoj procjeni koja je temelj individualiziranog programiranja rehabilitacije, tretmana. Na specifičan način kojim se uvažavaju karakteristike osoba s autizmom, pruža se podrška kroz prilagodbu okoline tj. prostorno i vremensko strukturiranje, pri čemu je sve prikazano slikama obzirom da su osobe s autizmom više upućene da lakše slijede vizualne od auditivnih uputa. To znači da sve što se uči vizualno je potpomognuto slikama koje djetetu dodatno pomažu razumijevanje onog što se od njega traži. Ovisno o dobi osobe s autizmom programi pokrivaju područja: komunikacije, brige o sebi, uobičajenih školskih aktivnosti, usvajanja akademskih školskih znanja za djecu koja su sposobna za to, socijalne interakcije, radne okupacije i radnog osposobljavanja te provođenje slobodnog vremena. U realizaciju programa uključeni su i roditelji, u onom djelu koji se odnosi na dom i slobodno vrijeme (Blažević i sur., 2006).

Danas se za autizam koriste kurikulumi kojima je važna sastavnica specifično strukturirana okolinska podrška koja se prvi put primjenila programom TEACCH. U znatnoj mjeri TEACCH se temelji na načelima primjenjene analize. Kurikulum u programu TEACCH ima obilježja kognitivnoga, razvojnoga te ekološkog i zdravorazumskog pristupa. Stroga struktura i univerzalnost primjene temeljni su principi programa. Osnova za izradu individualiziranog programa jest temeljita procijena sposobnosti i potreba osobe. Program TEACCH maksimalno je prilagođen kognitivnom stilu osoba s autizmom. TEACCH je pristup koji spaja bihevioralne i razvojne kognitivne teorije. Primarna teškoća kod autističnog poremećaja je u nalaženju značenja i procesiranja informacija iz okoline. Pristup TEACCH iz tog razloga omogućuje podršku koja potiče razumijevanje okoline (Bujas Petković i sur., 2010).

Bit programa je funkcionalnost. TEACCH pristup omogućuje situacijsko učenje, učenje u prirodnim uvjetima i individualizirano te generalizaciju naučenog. Organizacija učionice važna je komponenta provođenja TEACCH programa. Jako je važno da se učionica koristi prema pojedinačnim potrebama učenika, uz slijeđenje

vizualnih uputa u učionici. Svaka učionica je podjeljena na određene zone, različite prema namjeni i sadržaju koji se u njima obavljaju. U učionici je na određen način raspoređen didaktički materijal. Raspored učenicima pomaže da slijede i planiraju dnevne i tjedne događaje, što smanjuje napetost. Radni materijal treba biti jasno označen prema učenikovoј razini razumijevanja. Upute za učenike mogu biti verbalne i neverbalne. Najvažnije su one upute koje okupiraju djetetovu pozornost. Kada učitelj daje upute učeniku, on mora biti siguran da su učeniku jasna i očekivanja i posljedice. Za program TEACCH karakteristično je da se proces podučavanja ne prekida traženjem, pospremanjem i drugim aktivnostima koje odvlače djetetovu pažnju (Bujas Petković i sur., 2010).

11.7 Psihodinamska terapija

Prije mnogo godina u Ortogenetičkoj školi Sveučilišta u Chicagu, Bruno Bettelheim je razvio tretman za autizam. Bettelheim je smatrao da za dijete treba stvoriti toplo ozračje, koje bi ga potaklo da prihvati stvarni svijet. Strpljenje i bezuvjetan pozitivni stav važni su da bi dijete počelo vjerovati drugima i prihvatilo mogućnost ostvarivanja objektivnog odnosa. Bettelheim i njegovi suradnici puno su puta izvještavali o uspjehu, ali su njihova nedovoljno kontrolirana opažanja otežavala spoznaju o tome (Nikolić i sur., 2004).

11.8 Likovna terapija

Likovna terapija primjenjuje se kao terapijski postupak kod gotovo svih psihičkih poremećaja u djece i odraslih. Likovno izražavanje može poslužiti u dijagnostičke svrhe. Likovna terapija je metoda za poticanje razvojnih procesa i odgoja autistične djece. Mnoga autistična djeca imaju izostanak govora, pa uz pomoć crteža mogu izreći svoje želje i poruke te na taj način komunicirati s drugim osobama. Crteži djece često su stereotipni i ponavljaju se uvijek na isti način. Neka autistična djeca imaju posebne sposobnosti za slikarstvo (Nikolić, 2000).

11.9 Terapija igrom

Terapija igrom kao oblik psihoterapije kod djece, može se primjenjivati i kod autistične djece višeg intelektualnog funkcioniranja. Kroz igru dijete može izreći duboko prikrivene osobne doživljaje ili fantazije. Igra služi za upoznavanje vanjskog svijeta. Terapijske igre razlikuju se od spontane igre s vršnjacima. Takva igra je ciljano i vodi je terapeut, a ima svoj početak i sazrijevanje. Kroz takve terapijske situacije dijete ponovno proživljava već proživljene doživljaje u kojima su sudjelovale njemu bliske osobe (Nikolić, 2000).

11.10 Kineziterapija

Kineziterapija kao dio tretmana autistične djece važna je aktivnost i provodi se ciljano. Intenzivne tjelesne aktivnosti u dječjoj dobi povoljno utječu na uklanjanje hiperaktivnosti, a kod odrasle osobe uklanjaju agresiju i destruktivno ponašanje. Osim ciljane terapije, kineziterapija kod autistične djece potiče normalan tjelesni razvoj. Učinci kineziterapije povoljniji su od učinaka restriktivnih tehnika. Stereotipno držanje tijela autistične djece pogoduje deformitetima koštano-mišićnog sustava što se tjelesnim vježbanjem može ublažiti (Nikolić, 2000).

11.11 Razvojni pristup floortime

Većina djece s posebnim potrebama uključena su u rad s terapeutima koji im pomažu u svladavanju razvojnih teškoća. Kako bi dijete unaprijedilo svoje razvoje, ono treba intenzivni, individualni rad. Floor time pristup stvara okolnosti za usvajanje bitnih razvojnih lekcija. On se može uvesti kao postupak i kao filozofija, kod kuće, u školi, u vrtiću te kao dio različitih terapija.

Razvojni pristup terapije sastoji se od tri dijela:

- roditelji rade floor time sa svojim djetetom, stvarajući iskustva koja potiču ovladavanje miljokazima

- logopedi, fizikalni terapeuti, edukatori, psihoterapeuti rade s djetetom putem specijaliziranih metoda. Također, oni su obaviješteni o načelima floor timea u odnosu na rad s njegovim teškoćama i poticanje njegova razvoja.
- roditelji rade na svojim vlastitim reakcijama i stilovima ophođenja u odnosu na različite miljkaze u svrhu povećavanja učestalosti interakcija s djetetom i stvaranja obiteljskih obrazaca koji podupiru intelektualni i emocionalni rast kod svih članova obitelji (Greenspan i sur., 2003).

Floor time je središte oko kojeg se okreću dva procesa. Dijete će se ponajprije kroz floor time naučiti ophoditi na razvojno poticajni način. Floor time je razdoblje koje traje 20-30 minuta, u kojem roditelj i dijete sjede na podu, druže se i igraju. Prema svojoj spontanosti i zabavi floor time je sličan običnoj igri i ophođenju. Od obične igre razlikuje ga to što roditelj u igri ima razvojnu ulogu. Floor time je za dijete razdoblje prakse (Greenspan i sur., 2003).

U floor timeu se radi na četiri cilja, a to su: poticanje pažnje i intimnosti, dvosmjerna komunikacija, poticanje izražavanja i upotreba osjećaja i ideja, logička misao. Svrha floor time pristupa je pomoći djetetu da potpuno ovlada emocionalnim miljkazima u sustavnom redoslijedu, počinjući od najranijeg nesvladanog miljkaza. To za djecu s posebnim potrebama znači započeti od sposobnosti smirivanja, intimnosti i usredočenosti (Greenspan i sur., 2003).

12. UKLJUČIVANJE AUTISTIČNOG UČENIKA U ODGOJNO-OBRAZOVNI PROCES

Inkluzivna edukacija i bilo koji drugi jedinstveni pristup edukaciji djece s autizmom ne može biti najučinkovitiji oblik obrazovanja za svako dijete s autističnim poremećajem. To je iz razloga jer se autistična djeca međusobno veoma razlikuju prema specifičnim sposobnostima i teškoćama, odnosno prema stupnju i vrsti potrebne podrške (Bujas Petković i sur., 2010).

Inkluzija je proces koji uključuje osobe s različitim oblikom invalidnosti u što aktivnije i ravnopravnije sudjelovanje u društvu, primjerice osoba s intelektualnim poteškoćama.

(https://hr.wikipedia.org/wiki/Inkluzija_za_osobe_s_invalidno%C5%A1%C4%87u).

U Hrvatskoj se djeca s autizmom školuju prema Pravilniku o osnovnoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju. Za autistične učenike s utjecajnim teškoćama u razvoju, odnosno onim teškoćama koje bitno smanjuju sposobnost djeteta za svladavanje odgojno-obrazovnog programa redovne osnovne škole, omogućeno je školovanje u posebnim odgojno-obrazovnim organizacijama, tj. centrima za autizam. U tim posebnim odgojno-obrazovnim organizacijama ostvaruje se odgojno-obrazovni i rehabilitacijski rad prema posebnim planovima i programima primjerenim potrebama i mogućnostima svakog pojedinog učenika. Timovi stručnjaka različitog profila zajednički rješavaju odgojno-obrazovne, zdravstvene, socijalne i druge potrebe učenika. Školovanje može trajati do 21. godine uz istovremeno radno osposobljavanje (<http://www.in-portal.hr/in-portal-news/sport/5235/nasa-prica-obitelj-golemac>).

Planiranje odgojno-obrazovnog rada za učenike s autizmom složeno je jer se oni znatno razlikuju od većine ostalih učenika po načinu učenja, komuniciranju i razvoju socijalnih vještina te po tome što je njihovo ponašanje često problematično. Odgojno-obrazovni program rada učenika može uključivati kombinaciju odgojno-obrazovnih aktivnosti redovitog plana i programa i aktivnosti koje se temelje na specifičnim zadacima i ciljevima za svakog određenog pojedinca, a koji su navedeni u individualnom odgojno-obrazovnom planu (IOOP-u). (http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf)

IOOP se izrađuje kroz suradnju članova tima koji čine osobe izravno uključene u rad s učenikom, kao što su roditelji, razredni učitelj, a ako je moguće i sam učenik te specijalni učitelj edukator. Kako bi se zadovoljile potrebe autističnih učenika, potrebna je pomoć koja izlazi iz okvira propisanog sustava školovanja. Svrha napisanog IOOP-a je usmjeravanje djelovanja edukatora i pružanje informacija o oblicima promjena, prilagodbama, strategijama i pomoći koja će se primijeniti u funkciji podupiranja učenika. IOOP uključuje:

- Osobne podatke i podatke o obrazovanju, uključujući procjene
- Informacije o jakim stranama i potrebama učenika
- Dugoročne ciljeve te kratkoročne ciljeve i zadatke
- Prijelazne ciljeve i zadatke, uključujući stručne vještine
- Pomoćna sredstva i strategije koje će pridonijeti ostvarivanju ciljeva i zadataka
- Način procjene i vrednovanja napretka učenika
- Utvrđivanje obveza koje se tiču provođenja specifičnih dijelova plana, s razinom podrške i izvršiteljem obveze
- Proces revizije i evaluacije plana, najmanje jednom godišnje (http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf).

Pri izradi IOOP-a važno je planirati prilagodbe radi obrazovanja, razrednog okruženja i upravljanja razredom kako bi se udovoljilo potrebama učenika, te kako bi se autističnog učenika osposobilo za njegovo optimalno funkcioniranje u razredu. Ključna su područja razvoja učenika s autizmom komunikacija i socijalne vještine te kao takve moraju biti navedene u planu (http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf).

Kako bi se maksimalno povećala učinkovitost obrazovne komponente programa rada učenika, poželjno je ozbiljno razmotriti međuagencijsko planiranje kroz integrirano vođenje slučaja. Pojam integracije se odnosi na pretvaranje ili spajanje pojedinačnih dijelova u cjelinu, tj. objedinjavanje (http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search_by_id&id=fVpuWRE%3D).

Integrirano vođenje pruža mogućnost koordiniranog planiranja i raspodjelu sredstava radi pomaganja djeci i njihovim obiteljima. Također, ono potiče suradnički pristup u odnosu na kreiranje i nadziranje plana radi pružanja podrške učeniku. Jedna od

važnih prednosti takvog pristupa jest ta da se proces može nastaviti usprkos mogućnosti da se tijekom vremena članovi tima promijene. Planiranje i nadziranje integriranog vođenja slučaja može se organizirati tako da je usmjereno na glavna područja života učenika. Središnja područja koja predlaže Ministarstvo za djecu i obitelj Britanske Kolumbije u svojem dokumentu Integrated Case Management su: zdravlje, obrazovanje, obitelj i društveni odnosi, vještina skrbi za samoga sebe te ostale vještine (mogućnosti zapošljavanja) (http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf).

Zbog sporosti i neučinkovitosti učenika, što je posljedica preokupiranosti, nekim će učenicima biti potrebno mjerenje vremena, znak za početak i kraj rada, smanjivanje količine zadataka, manji razredi ili prilagodba kurikuluma. Učenicima je važnije omogućiti iskustvo uspjeha, nego se držati tipičnog rasporeda (Bujas Petković i sur., 2010).

Autističnim osobama važno je što više informacija predočiti u vizualnom obliku. U učionici vizualne poticaje treba prilagoditi razini sposobnosti učenika. Učeniku apstraktne sadržaje treba predstaviti zorno i korektno, uz što više vizualizacije. Rad u grupama dobra je prilika za razvoj socijalnih vještina i kontakata. Ponekad se prilikom rada u grupi dogodi da autistični učenici ne shvate što se od njih očekuje u grupi. Zadaćima za učenike s autističnim poremećajem treba posvetiti posebnu pozornost i učiniti da izvedba bude zanimljiva kako bi se omogućio doživljaj uspjeha. Usvajanje školskog gradiva ne smije biti prioritet i ne smije imati prednost pred poticanjem komunikacijskih i socijalizacijskih sposobnosti (Bujas Petković i sur., 2010).

13. METODE I POSTUPCI U PODUČAVANJU DJECE S POREMEĆAJEM IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA

Za razvijanje kvalitetnih programa, važno je uzeti u obzir sljedeće parametre:

- usklađenost metoda s individualnim stilom učenja i okolinom,
- analizu pozitivnih rezultata i indikatore iz osobne prakse, usporediti s onima iz znanstvene i stručne literature,
- kontinuirano provođenje evaluacije programa i prema potrebi njegovo redefiniranje,
- ispitivanje čimbenika podrške koji rezultiraju pozitivnim ishodima, bez obzira na metodologiju (Bujas Petković i sur., 2010).

Pokazatelji kvalitete odnose se na specifične aspekte edukacijskog procesa i širu podršku. Specifična obilježja edukacijsko-rehabilitacijskog procesa jesu: individualna multidisciplinirana procjena, individualiziran plan podrške obitelji (IPPO) ili individualiziran odgojno-obrazovni program (IOOP), kurikulum, program podučavanja, metode podučavanja, okolina. Kurikulum za odgoj i obrazovanje učenika s autističnim poremećajem u obzir uzima specifične potrebe djeteta s teškoćom koje se usklađuju sa standardima kurikuluma za djecu tipičnog razvoja. Obzirom na to da autizam nastaje vrlo rano i traje cijeli život, potrebno je u obzir uzeti kronološku i razvojnu dob. Odabir vrste programa i njihova primjena određena je pragmatičkim modelom planiranja usmjerenim na osiguravanje dugotrajnog programiranja podrške koja će djetetu s autizmom omogućiti maksimalni razvoj i adaptaciju. Pojam adaptacija razumijeva prilagodbu okoline potrebama osoba s autizmom. Većom dostupnošću edukacije, učenicima s autizmom mijenja se i kurikulum (Bujas Petković i sur., 2010).

Razvojni edukacijsko-rehabilitacijski kurikulum usmjeren je na usvajanje vještina i sposobnosti u skladu s modelima tipičnog razvoja. Nedostaci pristupa, kada je riječ o autizmu, proizlaze iz prirode tog poremećaja. Većina kurikuluma ujednjuje nekoliko pristupa, i to vrlo uspješno. Moguća je istodobna primjena dvaju različitih pristupa u radu s pojedinim djetetom s autizmom, a to mogu npr. biti kombinacija bihevioralnog pristupa i razvojnog pristupa (RIO floortime) (Bujas Petković i sur., 2010).

Biti učitelj svakim danom postaje sve veći izazov. Postoji niz kompetencija koje današnji učitelji moraju posjedovati i usavršavati kako bi uspješno obavili sve svoje zadatke. Tu su, između ostalih: stručna kompetencija, pedagoška kompetencija, komunikacijska kompetencija, informacijska i informatička kompetencija. Kompetentnu se osobu može definirati kao osobu koja je kvalificirana za obavljanje određenog posla. Učitelj koji nema kompetencije i kvalitetna pedagoška znanja, ne može odgovoriti izazovima svog učiteljskog poziva. Postoji veliki broj učitelja, osobito početnika, koji se ne smatraju kompetentnima za rad u razredu. Rijevac, Miljević-Ridički i Vizek Vidović su 2006. godine proveli istraživanje, a čiji rezultati pokazuju da se učitelji i studenti procjenjuju dovoljno kompetentnima za planiranje, poznavanje nastavnih sadržaja i njihovo poučavanje, no nedovoljno kompetentnima za suradnju s roditeljima te za rad s djecom s teškoćama u razvoju i problemima u ponašanju. Uspješan i kvalitetan učitelj, mora biti osposobljen za rad s djecom s teškoćama u razvoju i rad s darovitom djecom (Đuranović, Klasnić i Lapat, 2013).

Često se govori da „dobra praksa“ bude ono što bi trebao raditi „dobar učitelj“, ali uobičajeno definiran „dobar učitelj“ nije sve ono potrebno da se osigura „dobra praksa“ u autizmu. Onaj učitelj koji radi s autističnom djecom trebao bi imati solidno znanje o autizmu i specifičnim metodama rada, a to znanje treba nadograđivati. Osim znanja, učitelj bi trebao imati i određene osobine i motivaciju kojima bi se sve to povezalo i korisno primjenilo (Bujas Petković i sur., 2010).

Učitelji nadograđivanjem svojih kompetencija ne stječu kompetencije edukacijsko - rehabilitacijskog stručnjaka, već povećavaju opseg svojih kompetencija potrebnih u inkluzivnoj praksi. Puno se učitelja ne osjeća kompetentnima za rad s autističnom djecom, a u uključivanju autističnog učenika u razred oni su glavni čimbenici i pritom imaju najveću odgovornost. Da bi učitelj uopće mogao isplanirati rad s autističnom djecom, on ih prvo mora upoznati i posavjetovati se s roditeljima i stručnim timom. Također, učitelji u radu s autističnom djecom ne polaze od jedne unificirane metode, već koriste različite obrazovne pristupe. Svaki student tijekom svog formalnog obrazovanja za učitelja stječe samo bazične kompetencije za rad s djecom s teškoćama. Glavna odgovornost u oblikovanju stava i vještina potrebnih za inkluziju i suradnju leži na programima pripreme (preddiplomskoj edukaciji). Učitelji svoju kompetenciju u radu s autističnom djecom stječu godinama kroz svoje iskustvo. Vještine ukorijenjene na dobroj praksi učitelji početnici trebaju stjecati kroz

praktična iskustva, biti mentorirani od kvalificiranih odgajatelja i supervizirani od sveučilišnih profesora (Trnka i Mihić, 2012).

Učitelj koji vodi razred u kojem se nalazi integriran autistični učenik, mora voditi računa o velikom značenju dobre organizacije u svim aspektima. Također, on mora nuditi rutine i jasna pravila u kojima će se učenik s autizmom bolje snalaziti. Učitelj mora biti fleksibilan i imati izraženo pozitivno stajalište i smisao za humor. Važno je da se učeniku obraća nedvosmisleno i jasno te da odredi vrijeme za samostalan rad. Učenik s autističnim poremećajem mora sjediti u blizini učitelja, dalje od podražaja koji ga ometaju i u okruženju u kojem će lako dobiti podršku. Autistične učenike potrebno je češće nadzirati u obavljanju zadataka, razumijevanju postavljenih zadataka te jasnu pozitivnu povratnu informaciju o izvršenom zadatku (Bujas Petković i sur., 2010).

14. PRIMJER IZ PRAKSE

U svrhu pisanja diplomskog rada, provela sam praćenje autističnog dječaka. Dozvolu za praćenje dječaka dobila sam od ravnateljice OŠ Hugo Badalić u Slavonskom Brodu, učiteljice autističnog dječaka i roditelja dječaka. U daljnjem tekstu upotrebljavat ću ime Marko te nazive dječak i učenik.

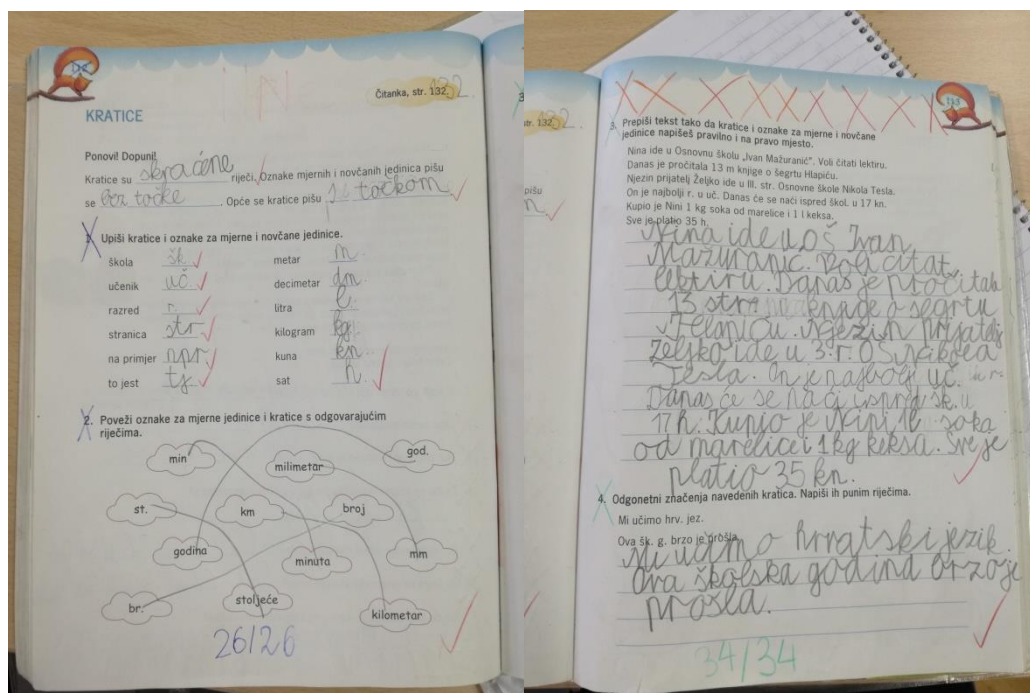
Prije praćenja učenika nisam upoznala njegove roditelje, pa nisam bila u mogućnosti dobiti informacije o njemu. Dječak kojeg sam pratila zove se Marko. Marko ima 10 godina i ide u 3.b razred. Učenik ima blaži oblik autizma, Aspergerov sindrom. U školi učenik radi po redovnom NPIP i ima asistenticu koja mu pomaže u radu. Markova učiteljica kaže da se sada u 3. razredu osjeća pad njegove koncentracije. Kako se gradivo povećava za učenika je to veća poteškoća. Također, od učiteljice sam saznala da je Marko jako dobar u matematici, ali da neke jednostavne stvari iz drugih predmeta ne može shvatiti. Na nastavnom procesu bila sam prisutna dva puta i to: 18.5.2017. i 19.5.2017. godine.

18.5.2017

1. sat – Hrvatski jezik

Dolaskom u razred sva su djeca već bila u razredu, samo nije bilo Marka. Nakon nekog vremena Marko je stigao u razred i pritom pozdravio sve učenike, ali nije otišao sjesti na svoje mjesto, nego je nastavio šetati po razredu. Učiteljica je Marku morala reći da sjedne na svoje mjesto, jer on to inače ne bi učinio. Na satu hrvatskog jezika učenici su ponavljali kratice i rješavali zadatke u radnoj bilježnici. Za vrijeme rješavanja učenik je počeo uzimati bojice i krenuo šarati po radnoj bilježnici. Učiteljica mu je oduzela bojice i rekla da mora sada raditi zadatke u radnoj bilježnici, a on je na to reagirao vriskanjem praveći buku. Ako asistentica ne pomaže učeniku, on neće raditi. Koncentracija mu stalno pada i mora ga se stalno poticati na rad. Prilikom pisanja, Marku puca špic na olovci, na što on komentira „Ne špic u oko“. Za vrijeme sata učenik naglas ponavlja što mu je mama rekla dan prije u trgovini: „Marko je bio zločest u trgovini“, „Marko zašto si zapalio šibicu“. Učenik se za vrijeme sata glasno smije i ponekad govori u 3. licu. Dok asistentica dječaka potiče na rad i malo mu pomaže, on sam rješava zadatke i dolazi do zaključaka

komentirajući sve naglas. Riječi koje izgovara su: „Malo sam nemiran“, „Ne ometati nastavu, ne“. Učenik je s radom završio i prije djece koja nemaju poteškoće. Prilikom provjeravanja zadataka učenici čitaju zadatke, a Marka se preskače. Kada učiteljica dječaku postavi pitanje, on to pitanje ponavlja i mora ga se poticati na davanje odgovora.



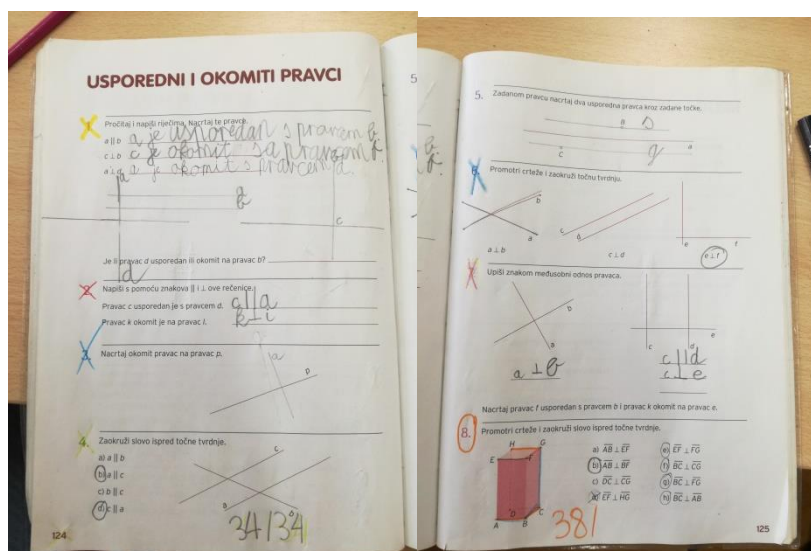
Slika 2. Učenikov rad u radnoj bilježnici

2. sat – Tjelesna i zdravstvena kultura

Učenici sat tjelesne i zdravstvene kulture imaju u školskoj dvorani. Od učionice do dvorane učenici idu u paru u koloni. Marko do dvorane ide kao i sva druga djeca. Kada su učenici ušli u dvoranu, sva djeca su se otišla presvući u svlačionice, osim Marka koji se presvukao na sred dvorane. Za zagrijavanje učenici su morali trčati po dvorani i Marko skupa s njima. Nakon zagrijavanja, slijedilo je razgibavanje koje je vodila učiteljica. Učenik je prilikom razgibavanja stalno mijenjao mjesta, ali učiteljica ga je uvijek vraćala na isto mjesto. U glavnom dijelu sata učenici su igrali graničara, a Marko nije bio zainteresiran za igru, već je šetao, sjedio i ležao na strunjačama.

3. sat – Matematika

Na satu matematike učenici su ponavljali usporedne i okomite pravce. Marko je samostalno rješavao zadatke. Prilikom pada koncentracije počeo se zabavljati knjigama iz hrvatskog jezika, ali učiteljica ga je upozoravala da ih odloži i radi sada matematiku. Učenik je nije poslušao, ona dolazi i želi mu oduzeti knjige, a on ih trga od učiteljice i neda da ih ona uzme. Učiteljica mu govori da je bezobrazan, a on to odma ponavlja „Marko je bezobrazan, jer je zločest“, „Marko nije zločest, mama će biti ljuta“. Kada se Marku nešto dogodi dan prije što ga je uznemirilo, on to ponavlja sljedeći dan. Učenik rješava zadatke i to ponavlja. Matematičke zadatke rješava samostalno i s lakoćom, ali mu često pada koncentracija pa ga se treba poticati na rad.

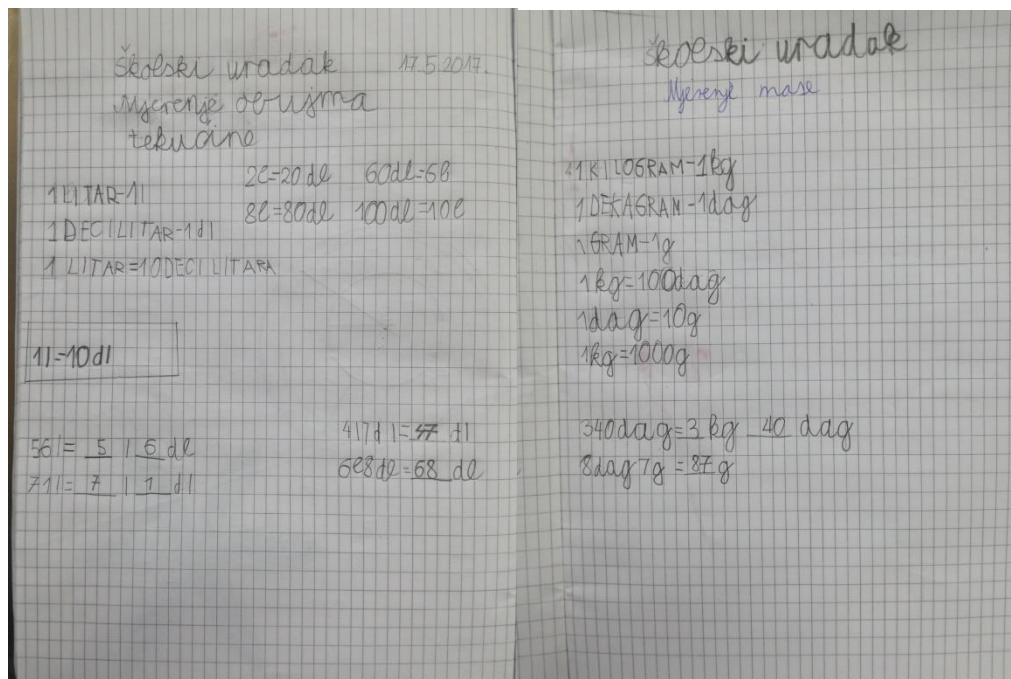


Slika 3. Učnikova rješenja zadataka u radnoj bilježnici

4. sat – Matematika

Na drugom satu matematike učenici su obrađivali novo gradivo „Mjerenje obujma tekućine“. Dok je učiteljica objašnjavala novo gradivo, Marko je pričao. Nakon što je učiteljica objasnila, rekla je učenicima da prepisu sve s ploče. Marko je prepisivao s ploče kao i sva ostala djeca. Zbog pada koncentracije, učeniku ponekad

treba dosta vremena da nešto prepíše. Nakon prepisivanja Marko rješava kao i svi ostali zadatke u udžbeniku.



Slika 4. Učnikova bilježnica iz matematike

19.5.2017.

2. sat – Tjelesna i zdravstvena kultura

Sljedeći dan učenici su opet imali tjelesni, ali ovaj put zajedno sa 3.a razredom. Nakon ulaska u dvoranu, sva su djeca otišla u svlačionicu, a Marko se opet presvukao na sred dvorane. Učenici su za zagrijavanje morali opet trčati. Marko trči zajedno sa svom ostalom djecom, ali ubrzo govori da se umorio pa sjeda. Učiteljice mu ne daju da samo sjedi, već ga stalno aktiviraju. Prilikom razgibavanja, ako se razgibavanje oduži, učenik automatski gubi volju i odlazi sa svog mjesta. Na ovom satu tjelesnog, Marko je bio puno više povučen u odnosu na prethodni sat.

3. sat – Matematika

Na satu matematike učenici su radili mjerenje mase. Marko prepisuje s ploče kao i ostali učenici. Učeniku opet treba dosta vremena da nešto prepíše jer stalno

izvodi neke druge aktivnosti. Prilikom rješavanja zadataka učenik razumije razliku između manjeg i većeg, zna odrediti koji je broj veći, a koji manji.

4. sat – Glazbena kultura

Na satu glazbene kulture učenici plešu u parovima u kolu i istodobno pjevaju. Učenik Marko također zajedno s učenicima pleše i pjeva i to ga jako veseli.

Kao što je već navedeno Marko najčešće govori u trećem licu. Ako mu se nešto kaže ili dogodi što ga uznemiri, on to stalno ponavlja. Za vrijeme velikih odmora učenik se ponekad druži s drugom djecom, ali najviše vrijeme voli provoditi sam i u pijesku u školskom dvorištu. Dječak jako voli računala i jako ga zanimaju. Učenici u razredu imaju računalo, a Marko zna svaki njegov dio. Marko u obitelji ima i brata i sestru. Sestra mu također ima autizam, a brat kožnu bolest.

Prilikom velikog odmora imala sam priliku sresti još jednog učenika s autističnim poremećajem. Taj učenik radi po posebnom programu u posebnom odjeljenju. Učenik ne komunicira previše s drugim ljudima. Kada ga se nešto pita, pitanje mu se mora dvaput ponoviti, a ako odgovara na pitanja, odgovori su šturi i kratki. Učenik razgovara samo s pojedinim osobama, dok Marko razgovara sa svima. Kod ovog učenika uz šutnju zamjetila sam i neprestana njihanja.

Učenik Marko mi je nacrtao jedno računalo. Taj crtež prilažem kao Prilog 1. Prilikom njegovog crtanja, imala sam priliku vidjeti da veliku pažnju posvećuje najsitnijim djelovima računala. Na njegovom nacrtanom računalu nije nedostajalo ništa. No međutim, prilikom bojanja, učenik nije toliku pažnju posvetio svakom dijelu, pa ih je prebojao tamnom bojom. U konačnici, na crtežu se slabo vide ti pojedini dijelovi računala. Uz crtež računala kao Prilog 2. prilažem i Markov crtež s panoa koji je radio na jednom od satova likovne kulture.

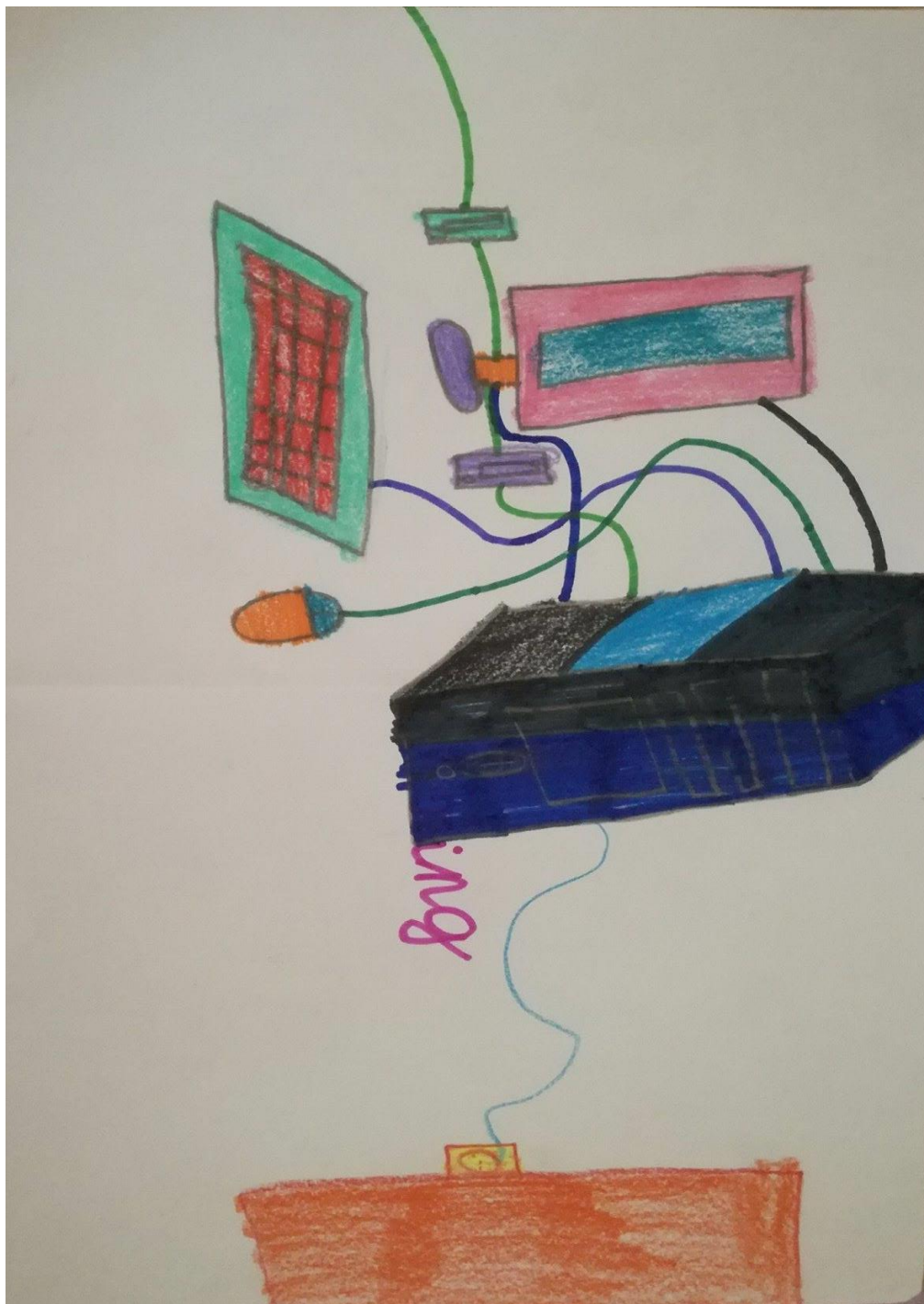
15. ZAKLJUČAK

Autizam je neurološki poremećaj koji zahvaća mozak i pripada skupini pervazivnih razvojnih poremećaja. Iako je prošlo mnogo vremena, ni dan danas se ne znaju točni uzroci autizma. Prvi simptomi autizma najčešće se javljaju unutar prve tri godine života i traje cijeli život. Osobe s poremećajem autizma imaju različite stereotipije prema kojima se prepoznaju. Neke od tih stereotipija su: neprekidno hodanje naprijed i natrag, neprekidno okretanje nekog predmeta, beskrajna vrtnja u mjestu. Uz navedene stereotipije, autistična djeca imaju i nedostatak socijaliziranosti. Govor im je oskudan i koriste ga uglavnom za izražavanje vlastitih potreba ili želja. Unatoč manjku socijaliziranosti, autistične osobe raspolazu visokom inteligencijom i često su nadareni za pojedina područja.

Prilikom praćenja autističnog dječaka potvrdila sam neke činjenice iz teorijskog dijela opisanih u ovom radu. Također, mogla sam vidjeti da je autizam poremećaj koji zahvaća ne samo osobu s dijagnosticiranim poremećajem, već sve osobe u njezinom okruženju. Odgojno-obrazovni proces autističnih osoba treba biti namjenjen za usvajanje funkcionalnih vještina i kompetencija koje će učenicima služiti u svakodnevnom životu. Ono što mogu zaključiti iz prakse je to da je svaka autistična osoba posebna individua za sebe te ju takvu treba prihvatiti okruženje u kojem živi te joj svojom ljubavlju i skrbi omogućiti rast i razvoj svih njezinih potencijala.

16. PRILOZI

Prilog 1.



Prilog 2.



17. LITERATURA

- Ayres, A. J. (2002). *Dijete i senzorna integracija*. Jastrebarsko: Naklada slap.
- Birger, S. (1998). *Neću više biti zarobljen u sebi – poruke iz jednog autističnog zatvora*. Zagreb: Udruga za autizam
- Biel, L., Peske, N. (2007). *Senzorna integracija iz dana u dan – obiteljski priručnik za pomoć djeci s teškoćama senzorne integracije*. Buševac: Ostvarenje.
- Blažević, K., Šrinjar, J., Cvetko, J., Ružić, L. (2006). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 21: 70 – 83.
- Bujas Petković, Z., Frey Šrinjar, J. (2010). Pervazivni razvojni poremećaji – poremećaji iz autističnog spektra. *Paediatrica Croatica*, 54: 151-158
- Bujas Petković, Z., Frey Šrinjar, J., i suradnici (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
- Cepanec, M., Šimleša, S., Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra – teroija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 2, 203 - 224.
- Đuranović, M., Klasnić, I., Lapat, G. (2013). Pedagoške kompetencije učitelja u primarnom obrazovanju. *Život i škola*, 29 (1), 59, 34 – 44.
- Greenspan, S. J., Wieder, S., Simons, R. (2004). *Dijete s posebnim potrebama. Poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja*. Lekenik: Ostvarenje.
- Mamić, D., Fulgosi Masnjak, R., Pintarić Mlinar, Lj. (2010). Senzorna integracija u radu s učenicima s autizmom. *Napredak*, 151 (1), 69 – 84.
- Nikolić, S. (2000). Autistično dijete: *Kako razumjeti dječji autizam*. Zagreb: Prosvjeta.
- Nikolić, S. (1985). *Svijet dječje psihe – elementi dječje medicinske psihologije*. Zagreb: Prosvjeta
- Nikolić, S. (1996). *Svijet dječje psihe – osnove dječje medicinske psihologije*. Zagreb: Prosvjeta.

Nikolić, S., Marangunić, M., i sur. (2004). *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.

Remschmidt, H. (2009). *Autizam – pojavi oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada slap.

Šimleša, S., Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 2, 373 – 390.

Trnka, V., Skočić Mihić, S. (2012). Odgajatelj u radu s djetetom s poremećajima iz autističnog spektra – prikaz slučaja iz perspektive studenta. *Magistra Iadertina*, 7 (7), 189-202.

Web izvori:

https://www.ted.com/talks/steve_silberman_the_forgotten_history_of_autism/transcript?language=hr (20.6.2017.)

<http://www.autizam.suzah.hr/index.php/autizam#rehabilitacija> (15.8.2017.)

http://www.cybermed.hr/clanci/poremecaji_autisticnog_spektra (15.8.2017.)

<http://www.idadidacta.hr/soba-za-senzornu-integraciju-u-daruvaru-ro7> (15.8.2017.)

<http://www.udruga-zvoncici.hr/autizam.html> (15.8.2017.)

<http://www.dietpharm.hr/aba%E2%80%88terapija-svako-dijete-ima-pravo-na-govor-ma-kakav-on-bio-a65> (16.8.2017.)

<https://edukatorirehabilitator.wordpress.com/2012/11/10/aba-metoda/> (16.8.2017.)

<http://www.logomedica.rs/aba-metoda/> (16.8.2017.)

<https://autizamsite.wordpress.com/?s=dsm+v&search=Idi> (29.8.2017.)

http://hjp.znanje.hr/index.php?show=search_by_id&id=fVpuWRE%3D (29.8.2017.)

https://hr.wikipedia.org/wiki/Inkluzija_za_osobe_s_invalidno%C5%A1%C4%87u (29.8.2017.)

http://www.azoo.hr/images/izdanja/Poucavanje_ucenika_s_autizmom.pdf

(29.8.2017.)

<http://www.in-portal.hr/in-portal-news/sport/5235/nasa-prica-obitelj-golemac>

(29.8.2017)